

**TERVEYSSOSIAALITYÖN RAKENTEISTUMINEN SOTE-UUDISTUKSEN  
VALMISTELUSSA**

AINO KAUPPI  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma  
Huhtikuu 2017

KAUPPI, AINO: Terveyssozialityön rakenteistuminen sote-uudistuksen valmistelussa

Pro gradu -tutkielma, 97 sivua, 7 liitesivua.

Sosiaalityö

Ohjaaja: Katja Kuusisto

Huhtikuu 2017

---

Suomessa valmistellaan laajaa kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistusta. Sote-uudistuksen on määrä astua voimaan maakuntauudistuksen yhteydessä vuoden 2019 alussa. Uudistuksen pelätään etenevän terveydenhuoltojohtoisesti, ja kriittistä tarkastelua sen vaikutuksista sosiaalityölle tarvitaan. Terveyssozialityö on oma erityisalansa sosiaalityön sisällä, ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus konkretisoituu antoisalla tavalla tällä moniammatillisen työn kentällä. Tämän tutkielman tavoitteena on selkeyttää sote-uudistuksen valmistelun vaikutuksia terveyssozialityölle niin organisaation kuin käytännön työn tasolla. Tutkielman kautta pyrin vastaamaan kysymyksiin siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen julkisiasiakirjat rakenteistavat terveyssozialityötä ja millaista vuoropuhelua ne käyvät terveyssozialityöhön liittyen sekä kuinka uudistus saattaa jatkossa vaikuttaa terveyssozialityön tehtäviin ja rooliin.

Tutkielmaa on taustoitettu kartoittamalla suomalaista sosiaalipolitiikkaa, sosiaalityön paikkaa palvelujärjestelmässä sekä valtionohjauksen logiikoita. Tutkielmassa avataan sote-uudistuksen keskeisiä periaatteita ja suhteutetaan lyhyesti suomalaista uudistusta kansainväliseen kontekstiin. Tutkielman taustoituksessa kuvataan myös terveyssozialityötä sosiaalityön erityisalana ja moniammatillisena toimintana. Tutkielman aineistona on hyödynnetty hallituksen esitysluonnosta ja lopullista esitystä sosiaali- ja terveydenhuoltolakien muuttamisesta sekä näitä julkisiasiakirjoja koskien annettuja lausuntoja. Aineiston valintaa ohjasi terveyssozialityötä koskevan tiedon mahdollistava näkökulma ja sote-uudistuksen valmisteluvaiheen tuottamat reunaehdot. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Analyysi on teoriaohjaava ja analyttisenä viitekehyksenä on hyödynnetty rakenteistumisteoriaa.

Analyysi tuotti terveyssozialityöerityistä tietoa, ja analyysin perusteella terveyssozialityö on tunnistettu sote-uudistuksen valmistelussa omana erityisalanaan. Uudistus näyttäytyy sekä uhkana että mahdollisuutena terveyssozialityölle. Aineistot käyvät vuoropuhelua terveyssozialityön tehtäviin liittyen ja toimijat voivat jossain määrin vaikuttaa sote-uudistuksen rakenteisiin. Analyysin perusteella näyttää todennäköiseltä, että terveyssozialityön tehtävät ja rooli tulevat muuttumaan sote-uudistuksen edetessä. Terveyssozialityölle rakenteistetaan roolia kunnallisen sosiaalitoimen resursia täydentävänä sosiaalipalveluna, mutta lopullisia linjauksia sen tulevista tehtävistä ei valmistelun tässä vaiheessa tehty. Sote-uudistus ei etene terveyssozialityön näkökulmasta erityisen voimakkaasti terveydenhuolto edellä, mutta terveyssozialityö uhkaa jäädä muuta sosiaalihuoltoa täydentäväksi palveluksi, minkä vuoksi toimijoiden aktiivisuutta tarvitaan edelleen uudistuksen edetessä.

Asiasanat: terveyssozialityö, terveydenhuollon sosiaalityö, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus, sote-uudistus, hyvinvointipalvelut, integraatio, rakenteistumisteoria

---

UNIVERSITY OF TAMPERE, FINLAND  
Faculty of Social Sciences

KAUPPI, AINO: The Structuration of Health Care Social Work in the Preparation of Finnish Social and Health Care Reform

Master's Thesis, 97 pages, 7 pages of appendixes.

Social Work

Supervisor: Katja Kuusisto

April 2017

---

The Finnish government is preparing a widely effective national social and health care reform. The reform is due to come into effect at the beginning of 2019 together with another national reform that concerns regional policy. There is an acknowledged risk that the social and health care reform will prioritize health care. Therefore it is necessary to consider critically the possible outcomes it may have on social work. Health care social work is a specific field of social work and it is fruitful to examine the reform in this multiprofessional context. This study is aimed to analyze the effects that the social and health care reform may have on health care social work both on the organizational and practical level. With this thesis I'm aiming to answer questions about how the reform's public documents guide the structuration of health care social work, what kind of discussion the public documents concerning the reform create and how the reform might affect the tasks and duties of health care social work in the future.

In this thesis I chart Finnish social policy, social work's location in the public service system and the logics of state guidance. I also briefly describe the main principles of the national social and health care reform and try to compare and contrast it into an international context. I describe health care social work as a special field of social work and as a multiprofessional work. The material of the study consists of the draft and the final presentation of the government's motion to change social and health care legislation. The material also includes commentary statements considering these public documents. The material was selected so that it enables the examination of the reform from the point of view of health care social work. The material was analyzed with content analysis that was theory guided with structuration theory.

The analysis shows that health care social work has been recognized in the preparation of the reform. The reform offers both threats and possibilities to health care social work. The materials make up a dialogue concerning social work in health care setting and agents have an actual opportunity to influence the structures of the reform. Based on the analysis it seems likely that the tasks and duties of health care social work will change as the reform progresses. When viewed from the point of view of health care social work the reform doesn't seem to proceed health care first, but there is a risk that health care social work will be seen as a supplementary social service. Therefore further activity of the agents is necessary as the reform continues.

Key words: Health Care Social Work, Social Work in Health Care, Finnish Health and Social Care Reform, Welfare Services, Integration, Structuration Theory

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 SUOMALAINEN SOSIAALIPOLITIikka JA PALVELUJÄRJESTELMÄ .....	8
2.1 Sosiaalityön määritelmät ja paikka palvelujärjestelmässä.....	8
2.2 Valtionohjauksen logiikat ja palvelujärjestelmän kehitys .....	11
2.3 Rakenteisiin vaikuttavat trendit ja palvelujärjestelmän nykytilanne .....	15
2.4 Sote-uudistus ja tulevaisuuden tienviitat .....	23
3 TERVEYSSOSIAALITYÖ ERITYISALANA .....	35
3.1 Terveys­sosiaalityön historia .....	35
3.2 Terveys­sosiaalityön paikat ja tehtävät .....	36
3.3 Terveys­sosiaalityö moniammatillisena toimintana .....	40
4 RAKENTEISTUMISEN NÄKÖKULMA ANALYYTTISENÄ VIITEKEHYKSENÄ.....	45
4.1 Keskeiset käsitteet ja rakenteistumisen vaikutussuhteet .....	45
4.2 Täydennyksiä teoreettiseen malliin .....	49
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	53
5.1 Metodisia valintoja ohjaavat metodologiset sitoumukset.....	53
5.2 Tutkimuskysymykset ja aineiston valintakriteerit .....	55
5.3 Analyysiprosessin kuvaus.....	59
5.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi .....	62
6 JULKISASIAKIRJOJEN RAKENTEISTAMA TERVEYSSOSIAALITYÖ .....	66
6.1 Ulkoiset tekijät ja uudistuksen rakenteet .....	66
6.2 Sisäiset rakenteet ja terveys­sosiaalityön rooli .....	68
6.3 Aktiivinen toimijuus ja toimijoiden yhteistyö .....	72
6.4 Lopputulokset ja uudistuksen mahdolliset vaikutukset .....	77
6.5 Terveys­sosiaalityön rakenteistuminen uusiin uomiin.....	78
7 POHDINTA.....	85
LÄHTEET .....	90
LIITE 1. TUTKIELMAN AINEISTOT	
LIITE 2. RAKENTEELLISTEN AINEISTOJEN KATEGORIATAULUKKO	
LIITE 3. TOIMIJOIDEN PUHEENVUOROJEN KATEGORIATAULUKKO	
LIITE 4. SWOT-ANALYYSI: TERVEYSSOSIAALITYÖN RAKENTEISTUMINEN	

# 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne, sen osana myös sosiaalityö, on muutoksessa. Kaikkiin sosiaalihuollon tehtäväkenttiin tulee jollain tavalla vaikuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus, johon tässä tutkielmassa viitataan yleisesti sote-uudistuksena. Sote-uudistus on määrä saattaa käytäntöön 1.1.2019 alkaen, jolloin myös valmisteilla oleva maakuntauudistus astuu voimaan. Uudistusten yhteydessä sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille. (Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi hallintomalli). Käsillä oleva tutkielma tarkastelee sote-uudistusta sen valmistelun ollessa käynnissä. Sote-uudistus näyttäytyy erityisen mielenkiintoisessa valossa tarkasteltaessa sitä terveysosiaalityön näkökulmasta. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveystalvelut tullaan järjestämään uudella tavalla, mikä vaikuttaa myös terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön tehtäviin, vastuisiin ja organisointiin. Uudistuksen tavoitteena on tuoda sosiaalihuollon talvelut terveydenhuollon rinnalle saavutettavuudessa ja saatavuudessa. Tavoitetta lähestytään muun muassa vahvistamalla sosiaaltalveluiden saatavuutta sairaaloissa ja nopeuttamalla asiakkaiden saumatonta ohjaustumista terveydenhuollon ja sosiaalihuollon talvelujen välillä. (Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus.)

Terveydenhuollon organisaatioissa tehtävää sosiaalityötä, johon jatkossa viitataan terveysosiaalityönä, tehdään jo lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla. Moniammatillisuus, organisaation terveydenhuoltolähtöisyys sekä sosiaalityön ammatillisen roolin puolustaminen värittävät terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä. Terveysosiaalityö on oma erityisalansa sosiaalityön sisällä, ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus konkretisoituu antoisalla tavalla tällä moniammatillisen työn kentällä. Sote-uudistuksen valmistelu on tutkielman kirjoittamishetkellä käynnissä ja aihe on todella ajankohtainen. Uudistuksen pelätään etenevän terveydenhuolto edellä, jolloin sosiaalihuolto uhkaa jäädä terveydenhuoltoä täydentäväksi talveluksi (esim. Hiilamo 2015, 99; Möttönen & Kettunen 2014, 120–121). Tämän uhkakuvan välttämiseksi kriittistä tarkastelua sosiaalityön tulevista raameista tarvitaan. Tässä tutkielmassa näitä raameja tarkastellaan terveysosiaalityön näkökulmasta. Uudistuksen valmistelun lähtökohtien jäsentämisen avulla on mahdollista tehdä näkyväksi terveysosiaalityölle tarjottavaa roolia. On tärkeää, ettei sairaalassa tehtävä sosiaalityö jää terveydenhuollon jalkoihin tai saa tehtäviä, jotka haittaavat sen varsinaisten perustehtävien toteuttamista.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selkeyttää sote-uudistuksen tämän hetkisen valmistelun vaikutuksia terveyssosiaalityöhön niin organisaation kuin käytännönkin tasolla. Toiveeni on, että tutkielma palvelee myös terveydenhuollossa toimivia sosiaalityöntekijöitä arvioimalla ennakolta uudistuksen mahdollisia vaikutuksia työn reunaehtoihin ja sisältöihin. Idea tutkielmaan syntyi yhteisessä keskustelussa Tampereen yliopistollisen sairaalan johtavan sosiaalityöntekijän Anni Vanhalan kanssa. Toteutin tutkielman sekä oman mielenkiintoni että Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehtävän sosiaalityön tarpeiden ohjaamana. Olen rajannut tutkimuksen ulkopuolelle sote-uudistuksen valmistelussa terveydenhuollon organisaatiolle ja rakenteelle aiheutuvat muutokset, elleivät ne kytkeydy selvästi sosiaalihuollon sisältöön. Tutkielma ei käsittele myöskään henkilöstöpolitiikkaa koskevia uudistuksia.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa rakenteellinen näkökulma terveydenhuollon organisaatioissa tehtävän sosiaalityön muutokseen lainsäädännön ja palvelurakenteen uudistumisen myötä. Teen selkeän eron terveyssosiaalityön ja sosiaalipäivystyksen välille. Vaikka näitä kahta sosiaalityön erityisalaa kuvataan samoissa tutkielman aineistona toimivissa julkisiasiakirjoissa, on tutkielman katse kohdistettu nimenomaan terveyssosiaalityöhön. Tutkielman aineisto koostuu sote-uudistusta pohjustavasta sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädännön muuttamista koskevista hallituksen esitysluonnoksesta ja lopullisesta esityksestä sekä niitä koskien annetuista lausunnoista. Analysoin aineiston sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen avulla pyrin vastaamaan kysymyksiin siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen julkisiasiakirjat ohjaavat terveyssosiaalityön rakentumista ja millaista vuoropuhelua ne käyvät terveyssosiaalityöhön liittyen sekä kuinka sote-uudistuksen valmistelu mahdollisesti vaikuttaa terveyssosiaalityön rooliin ja tehtäviin tulevaisuudessa.

Aloitan tutkielman kontekstiomalla sote-uudistusta sosiaalipoliittiseen järjestelmään. Kappaleessa kaksi määrittelen sosiaalityötä osana suomalaista palvelujärjestelmää. Sosiaalityö on pääasiassa julkisen sektorin toimintaa, jota ohjataan valtionhallinnon tasolta erilaisilla ohjausmekanismeilla. Erittelen valtionohjauksen logiikoita hyvinvointivaltion rakentamisesta tähän päivään, ja rakennan käsitystä kunta-valtiosuhteesta hallinnon keskittämisen ja hajauttamisen sekä ohjausmekanismien vaihtelujen kautta. Vuosituhannen taitteen molemmiin puoliin sosiaalipoliittisia rakenteita on uudistettu, osittain palvelujärjestelmän uudistusten ja osittain ideologioiden kautta. Tarkastelen lyhyesti rakenteisiin vaikuttaneita trendejä ja kuvaan palvelujärjestelmän tämänhetkisen tilanteen. Kappaleen lopussa suhteutan sote-uudistusta aiempaan kehitykseen ja esittelen yleispiirteisesti laajan kansallisen sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen päälinjat ja periaatteet.

Aihepiirin luonteen vuoksi sosiaalityötä tarkastellaan läpi tutkielman ammattilaisten työnä. Asiakastyö on merkittävin osa sosiaalityössä toimivan ammattilaisen työnkuvaa, mutta tässä tutkielmassa ei kuvata tai oteta kantaa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Tutkielma tarkastelee sosiaalityötä rakenteiden kautta mahdollistuvana ammatillisena toimintana. Tutkielman kolmannessa luvussa kuvaan terveyssosiaalityötä sosiaalityön erityisosaamista vaativana kenttänä ja pohdin sen suhdetta kunnalliseen sosiaalityöhön. Määrittelen terveyssosiaalityön paikkaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja pohdin tämän useilla tavoilla rajapinnoilla tehtävän työn luonnetta moniammatillisena toimintana. Moniammatillisessa toiminnassa sote-palveluiden integraatio näyttäytyy sekä rakenteiden toimivuutena että inhimillisenä toimintana.

Integraation hahmottaminen sekä rakenteiden että toimijoiden kautta suuntaa katsetta tutkielman seuraavaan osioon. Neljännessä kappaleessa rakennan tutkimukselle analyyttistä kotia Anthony Giddensin rakenteistumisteorian pohdintojen perusteista. Rakenteistumisteoria soveltuu hyvin tutkielman laajemmaksi viitekehykseksi, sillä se pitää sisällään niin toiminnan rakenteet kuin toimijat itsessäänkin. Kappaleessa viisi esittelen tutkimuksen metodiset valinnat ja tutkimusmenetelmän. Avaan myös aineistonvalintaprosessin vaiheet ja pohdin tutkimuksen luotettavuutta. Tulosluvussa esittelen analyysini tulokset ja vastaan tutkimuskysymyksiin. Lopuksi pohdin terveyssosiaalityön mahdollista paikkaa ja tehtäviä sote-uudistuksen valmistelun aikana ja sen jälkeen.

## 2 SUOMALAINEN SOSIAALIPOLITIikka JA PALVELUJÄRJESTELMÄ

### 2.1 Sosiaalityön määritelmät ja paikka palvelujärjestelmässä

Muutoksen ymmärtämiseksi on välttämätöntä ymmärtää myös nykyhetkeä ja sen kehityshistoriaa. Mäntysaari (2006, 143) toteaa historian vaikuttavan järjestelmän rakenteissa. Sosiaalityö on kehittynyt omaksi erityiseksi ammattialakseen 1900-luvun aikana. Lainsäädännön kautta luotiin pohja ammatilliselle sosiaalihuollolle ja sosiaalihuoltajakoulutus aloitettiin vuonna 1942 (Toikko 2005, 156). Sosiaalihuollon käsite ilmaantui julkiseen keskusteluun 1930-luvulla ja vakiinnutti asemansa työntekijänimikkeenään *sosiaalihuoltaja* 1950-luvulla. Tällöin myös universaali sosiaalipolitiikka sai jalansijaa suomalaisessa sosiaalihuollossa. Huollon asiakkaita ja työn sisältöä koskevaan lainsäädäntöön sosiaalihuolto siirtyi kuitenkin vasta vuonna 1982 omana sosiaalihuoltolakinaan. (Toikko 2005, 140–151; Kröger 2014, 25–28.) Samoin sosiaalityöntekijöiden yliopistollinen koulutus aloitettiin 1980-luvulla (Raunio 2009, 24). Sosiaalityö oli oppiaineena kytketty sosiaalipolitiikan koulutusohjelmaan, josta se irtautui erilliseksi pääainevastuiseksi koulutukseksi vuonna 1999 (emt., 36). Kehityksen myötä sosiaalityö on saavuttanut tunnustetun professioaseman (Toikko 2005, 232).

Sosiaalityö yhteiskunnallisena toimintana on monella tapaa merkityksellistä. Sosiaalityötä voidaan tarvita elämänkaaren kaikissa vaiheissa, ja sosiaalityön avulla pyritään vastamaan useisiin yhteiskunnallisiin haasteisiin aina köyhyydestä ja syrjäytymisestä hyvinvoinnin edistämiseen ja aktiiviseen toimijuuteen. Sosiaalityön reunaehdot määrittävät lainsäädäntö, palvelujärjestelmän rakenne, resurssit, asiakkaiden tarpeet ja sosiaalityön ammattitieto. Sosiaalihuoltoa ohjataan valtion taholta ensisijaisesti lainsäädännöllisin keinoin. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 15 §:ssä sosiaalityö määritellään seuraavasti:

*Sosiaalityöllä tarkoitetaan asiakas- ja asiantuntijatyötä, jossa rakennetaan yksilön, perheen tai yhteisön tarpeita vastaava sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuus, sovitetaan se yhteen muiden toimijoiden tarjoaman tuen kanssa sekä ohjataan ja seurataan sen toteutumista ja vaikuttavuutta. Sosiaalityö on luonteeltaan muutosta tukevaa työtä, jonka tavoitteena on yhdessä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa lieventää elämäntilanteen vaikeuksia, vahvistaa yksilöiden ja perheiden omia toimintaedellytyksiä ja osallisuutta sekä edistää yhteisöjen sosiaalista eheyttä.*



Sosiaalityö on siis kohdennettua, tavoitteellista muutostyötä, jossa asiantuntija ja asiakas yhdessä rakentavat asiakkaan tarpeisiin vastaavan palvelukokonaisuuden. Kansainväliset sosiaalityön järjestöt IFSW (*International Federation of Social Workers*) ja IASSW (*International Association of Schools of Social Work*) ovat antaneet uudistetun sosiaalityön kansainvälisen määritelmän vuonna 2014. Määritelmässä kansainväliset järjestöt liittävät sosiaalityöhön ammattierityiset päätehtävät, periaatteet, tietoperustan ja ammattikäytännön. Näin sosiaalityö nähdään siis sekä käytännön työnä (*professio*) että omana tieteenalanaan. Määritelmän mukaan

*Sosiaalityö on professio ja tieteenala, jolla edistetään yhteiskunnallista muutosta ja kehitystä, sosiaalista yhteenkuuluvuutta sekä ihmisten ja yhteisöjen voimaantumista ja valtaistumista. Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden, ihmisoikeuksien, kollektiivisen vastuun sekä moninaisuuden kunnioittamisen periaatteet ovat keskeisiä sosiaalityössä. Sosiaalityö kiinnittyy sosiaalityön, yhteiskuntatieteiden ja humanististen tieteiden teorioihin sekä alkuperäiskansojen ja paikallisyhteisöjen tietoon. Sosiaalityössä työskennellään ihmisten ja rakenteiden parissa elämän ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. (IFSW & IASSW 2014, Sosiaalityön maailmanlaajuinen määritelmä, suom. Talentia.)*

Sosiaalityön määrittelyissä on tarpeellista erottaa toisistaan sosiaalityö professiona (em. määritelmät; *toimijataso*) ja sosiaalityö osana sosiaalipolitiikkaa ja palvelujärjestelmää (*rakennetaso*). Jälkimmäisissä määrittelyissä sosiaalityö ilmenee pääasiassa yhteiskunnallisten palvelujen ja etuuksien välineenä (Kananoja & Lähteinen & Marjamäki 2011, 27). Suomalainen sosiaalipolitiikka on ideologialtaan ja malliltaan edelleen sosiaalidemokraattista, eli sosiaalipolitiikan toteuttaminen nähdään valtion ja julkisen sektorin tehtävänä. Yksilön vastuuttamisen diskurssin voimistumisesta huolimatta kansalaisten omaehtoinen toiminta ei vielä ole sosiaalipolitiikan toteuttamisen tapa, vaan valtio vastaa kansalaistensa tasa-arvoisesta kohtelusta ja sosiaalisten oikeuksien toteutumisesta. (Raunio 2009, 202–203.)

Sosiaalityö toteutuu palvelujärjestelmässä peruspalveluina ja erityispalveluina, vaikkei niitä yksiselitteisesti lainsäädännöllisellä ja rakenteellisella tasolla eroteta toisistaan. Palvelut ovat yhtäläillä lakisääteillä, mutta erityispalveluja leimaa sosiaalityöntekijän erikoistunut asiantuntemus. Asiantuntemuksen kehittymisen mahdollistaa palvelujen piirissä olevan väestöpohjan laajuus, minkä vuoksi erityispalvelut on usein keskitetty alueellisesti määrättyihin yksiköihin. Erityistason osaamisen tehtävänä on tukea perustason sosiaalityötä esimerkiksi konsultaatioiden kautta. Perustason

työntekijän pitää myös voida ohjata asiakas erityispalvelujen piiriin tarpeen mukaan, ja näin palveluiden tulee olla toisiaan täydentäviä. (Kananoja ym. 2011, 320–324.) Joissain erityispalvelujen työpisteissä, kuten sairaaloiden terveyssozialityössä, sosialityöntekijöiden tehtävänä on vastavuoroisesti ohjata asiakkaita peruspalvelujen piiriin. Laajempaa perspektiiviä tuottava ohjauksellinen sosialityö mahdollistaa kuntien eriarvoisuutta tuottavien käytäntöjen hahmottamisen ja sosialipoliittisten ratkaisujen vaikutusten arvioinnin. (Mutka 1998, 61.)

Erityistason osaamista edistää vankka asiantuntemus omasta sosialityön alasta, jolloin palvelut voidaan järjestää esimerkiksi elämäntieteen mukaan erikoistuen. Erityispalvelujen sosialityötä toteutetaan tällöin esimerkiksi vaativissa lastensuojelun sosialityön tilanteissa. Laajemman väestöpohjan alueilla sosialityön erikoistuminen ja erityisosaamisen vahvistaminen voidaan toteuttaa systemaattisemmin elämäntieteen mukaan jäsentyvänä sosialityönä (esim. lastensuojelu, aikuissosiaalityö), erityisryhmien kanssa tehtävänä sosialityönä (esim. päihdetyö, vammaistyö), ja muilla alueilla toteutettavana sosialityönä (esim. terveyssozialityö, koulun sosialityö). (Vrt. Kananoja ym. 2011, 171–320.) Näin erityispalvelut eivät automaattisesti tarkoita toteutusta kaukana asiakkaasta, vaan voivat olla myös osa kunnallista ”perussosiaalityötä”. Sosialityö ei ole todellisuudessa näin mustavalkoinen rajanvetojen suhteen, vaan sitä toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä ja usein sosialityön, sen eri alojen ja muiden hyvinvointipalvelujen rajat ovat häilyviä. Kuntakenttä on hajanainen ja suomalaiset kunnat ovat verrattain pieniä. Läpi 2000-luvun on rakennettu kuntayhtymiä ja yhteistoiminta-alueita, mutta edelleen sosialipalvelujen rakenne on valitettavan pirstoutunut. Etenkään pienissä kunnissa erityispalvelujen tasoa ei ole mahdollista luoda, vaan sosialityöntekijä joutuu vastaamaan myös erityisalojen vaativista sosialihuollon tehtävistä ilman erikoistunutta asiantuntemusta. (Kananoja ym. 2011, 118.) Tämä johtaa siihen, että sosialipalvelujen laatu vaihtelee alueittain, eikä yhdenvertaisuuden tavoitteeseen päästä.

Sosiaalityö on kuitenkin sekä perus- että erityispalvelujen tasolla ammattiala, joka vaatii asiantuntijuutta. Sosialityön oikeudellistumisesta on puhuttu 1930-luvun huoltolaeista saakka, ja juridisoitumiskehitys saa usein osakseen voimakasta kritiikkiä (ks. esim. Satka 1997, 28–32). Sosialityö ammatillisena toimintana yksityisen ja julkisen rajapinnalla saa kuitenkin oikeutuksensa lainsäädännöstä. Ammatillisuuskehitystä todentaa osaltaan sosialihuoltolain (1301/2014) uudistus. Vuonna 1982 säädetty sosialihuoltolaki korvattiin samannimisellä, mutta uuden sisältöisellä lailla, joka ilmentää sosialihuollon, sen tehtävien ja vastuiden muutoksen tunnistamista. Uudessa sosialihuoltolaissa tunnistettiin aiempaa paremmin asiakkaan osallisuuteen, ennalta ehkäisevään työhön ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä tarpeita. Kyse oli lainsäädännön uudistamisen lisäksi periaat-

teellisesta ja ideologisesta linjauksesta. Puitelakihenkisen sosiaalihuoltolain lisäksi sosiaalityötä ja sen paikkaa säädellään lukuisilla erityislaeilla sekä hallinnollisilla säädöksillä. Sosiaalityö osana hyvinvointipalveluja toteutuu suhteessa muihin palvelujärjestelmän osiin. Näin ollen sosiaalityöltä vaaditaan järjestelmäosaamisen ja lainsäädännön tuntemisen lisäksi moniammatillista osaamista, yhteiskunnallista ymmärrystä, kykyä kriittiseen arviointiin ja reflektioon sekä teoreettista ja menetelmällistä valmiutta (ks. esim. Raunio 2009, 36–39).

Sosiaalihuollossa toimimista määrittävät henkilöstön kelpoisuusvaatimukset, joilla pyritään turvaamaan asiakkaan oikeus laadultaan hyvään palveluun ja kohteluun. Oikeuden toteutumisen kannalta on tärkeää, että henkilöstöllä on riittävä koulutus ja perehtyneisyys sosiaalihuollon tehtäviin. Vuonna 2005 säädettiin sosiaalihuollon kelpoisuusehdot, joiden mukaan sosiaalityöntekijänä voi toimia ylemmän korkeakoulututkinnon suorittanut henkilö, jonka tutkintoon sisältyy tai sen lisäksi on suoritettu pääaineopinnot tai pääainetta vastaavat opinnot sosiaalityöstä (272/2005). (Kananoja ym. 2011, 337–338.) Maaliskuussa 2016 ammatti sai uudella tavalla lainvoiman, kun laki sosiaalialan ammattihenkilöistä (817/2015) astui voimaan. Uuden lainsäädännön myötä sosiaalityöntekijän sijaisuuksiin voidaan valita vain sosiaalityön opintoja riittävästi suorittanut henkilö (12 §). Aiemmin sosiaalityöntekijän ammattinimeke ei ollut laillistettu, vaan sosiaalityöntekijän sijaisena saattoi toimia myös esimerkiksi soveltuvan koulutuksen tai muun kuin sosiaalityön alemman korkeakoulututkinnon suorittanut henkilö. Ammattihenkilölaki vahvisti ammatillisen sosiaalityön asemaa ja sosiaalityön erityinen osaaminen sai sen myötä tunnustusta. Sosiaalityöntekijät rekisteröityvät jatkossa ammattihenkilörekisteriin, jollainen terveydenhuollon puolella on ollut käytössä jo pidemmän aikaa. Terveysosiaalityössä uudistus oli sinänsä merkittävä, että sosiaalityöntekijöiden ammattiryhmä asetettiin lainsuojan kautta samaan ammatillisen asiantuntijuuden kategoriaan laillistettujen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

## **2.2 Valtionohjauksen logiikat ja palvelujärjestelmän kehitys**

Kotimaisessa kontekstissa puhutaan edelleen yleisesti pohjoismaisesta hyvinvointivaltiomallista tai vaihtoehtoisesti hyvinvointiyhteiskunnasta, vaikka hyvinvointivaltion laajentuminen päättyi 1990-luvun laman seurauksena (Julkunen & Saari 2013, 316). Hyvinvointivaltion vastuunjakoon liittyvät käsitykset laajenevat edelleen siirryttäessä puhumaan pohjoismaisesta hyvinvointimallista, jossa julkisen vallan lisäksi yksityinen ja kolmas sektori ottavat asemansa kansalaisten hyvinvoinnin tuottajina (Heinonen 2014, 44). Hyvinvointivaltio voidaan määritellä usealla tavalla, mutta yleensä sillä tarkoitetaan kansalaisten hyvinvoinnin turvaamista ja sosiaalisten ongelmien lievittämistä valtioli-

sina julkisen vallan tehtävinä ja sosiaalipoliittisina linjauksina. Hyvinvointivaltio turvaa kansalaisten perustoimeentulon, tarjoaa tasa-arvoisia pärjäämisen mahdollisuuksia ja tukee niitä, jotka eivät selviydy yksin. Tämän lisäksi hyvinvointivaltion tehtävänä on pitää yllä yleistä järjestystä ja turvallisuutta, tuottaa palveluja sekä tasata taloudellisia ja sosiaalisia eroja. Kansalaisten tasa-arvo on keskeinen tekijä suomalaisessa hyvinvointivaltiomallissa. Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden yhteisinä piirteinä nähdään julkisen vallan keskittäminen sekä yleiset ja yhtäläiset palvelut ja etuudet. (Harisalo & Miettinen 2004, 47; 49–50.) Hyvinvointivaltioajattelun yleisyydestä huolimatta hyvinvointivaltion ja -mallin ideat ovat kokeneet suurta inflaatiota 1990-luvulta lähtien. Palveluja on niukennettu jatkuvasti, etuuksien ehtoja on kiristetty ja omavastuuta lisätty, aktiivisuus ja vastikkeellisuus ovat ilmaantuneet käsitteinä julkiseen keskusteluun. (Julkunen & Saari 2013, 316.) Myös sosiaalipolitiikka toimii talouden ehdoilla. Talouden kiristyneen luonteen myötä kilpailukyvyistä ja tuotavuudesta on tullut valtteja myös sosiaalipoliittisessa toiminnassa. Hyvinvointimallia murtavat taloudellisen tilanteen lisäksi uuden julkisjohtamisen opit ja aktivointiin pyrkivä sosiaalipolitiikka. (Heinonen 2014, 46–47.)

Tällä hetkellä sosiaalipalvelut tuotetaan kunnallisina palveluina, mukaan lukien kuntien ostopalvelut yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Hyvinvointivaltioajattelun viitekehyksessä on luontevaa, että sosiaalityö toteutetaan julkisen sektorin toimintana, välittäjänä järjestelmän ja kansalaisen vuorovaikutuksessa (Raunio 2009, 206), joskin toiminta järjestelmän osana muodostuu toimenpide- ja säädöskeskiseksi. Sosiaalipoliittisessa hyvinvointivaltioajattelussa sosiaalisten ongelmien nähdään yleensä olevan yhteiskunnallista alkuperää, jolloin myös vastuu ongelmien lievittämisestä on yhteiskunnallinen. Sosiaalityöllä on ollut läheinen suhde hyvinvointivaltioon, jolloin myös sosiaalityötä ohjaavassa hyvinvointivaltioajattelussa on tunnistettu sosiaalisten ongelmien yhteiskunnallinen luonne (Mutka 1998, 10). Sosiaalityössä yksilöä kuitenkin myös velvoitetaan ja aktivoidaan, jolloin sosiaalinen ongelma nähdään sekä yhteiskunnallisena että yksilöllisenä riskinä. (Emt., 210.) Raija Julkunen ja Juho Saari (2013, 316–317) toteavat tapahtuneen siirtymän tasa-arvoistavasta sosiaalipolitiikasta kannustavaan sosiaalipolitiikkaan, mikä ei enää vastaa hyvinvointivaltioajattelun tasa-arvon perusajatusta vaan siirtää vastuuta yhteiskunnalta yksilölle.

Sosiaalityö toimii sosiaalipoliittisessa kontekstissa, ja sitä ohjataan niin valtiollisesti kuin paikallisestikin erilaisilla ohjausmekanismeilla (ks. esim. Heinämäki 2012). Ohjauksen pääasiallisena tavoitteena on kautta historiansa ollut alueellinen tasa-arvoisuus ja tarkoituksenmukainen resurssien kohdistaminen. Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen ja Pirjo Marjamäki (2011, 86–95) ovat jakaneet valtio-kunta-ohjaussuhteen neljään erilliseen ohjauskauteen, joita leimaavat toisistaan eroavat oh-

jauksen päälinjat. Ensimmäinen ohjauskausi on nimetty paikallisen sosiaalihuollon kaudeksi. Sotien jälkeiset vuosikymmenet muuttivat yhteiskunnan sosiaalista tilannetta ja ongelmien luonnetta muun muassa perherakenteiden muutoksen, naisten työssäkäynnin yleistymisen ja muuttoliikkeen myötä. Vielä 1950–1960-luvuilla köyhäinhoito ja huono-osaisuus määrittivät palvelujen roolia yhteiskunnassa. Kunnat vastasivat lähes yksin kaikista menoistaan (Kröger 1997, 57), minkä vuoksi laajaa palvelujärjestelmää ei kehitetty omaehtoisesti. Lainsäädäntö ei säädellyt sosiaalihuoltoa nimeksikään, vaan kunnat huolehtivat pakollisista palveluista. Vastauksena ajan haasteisiin aloitettiin universaalin sosiaalipalvelujärjestelmän kehittäminen, ja 1970-luvulle tultaessa uusi hyvinvointivaltioajattelu sai jalansijaa. (Kananaja ym. 2011, 86–88.)

Valtiollisesti johdettu hyvinvointipalvelujen rakentumisen kausi ajoittuu 1970-luvun alusta 1990-luvun lamavuosiin. 1970-luvulla aloitettiin universaaliuden periaatteen mukaisten palvelujen lainsäädännöllinen kehittämistyö. Kahdeksankymmentäluku oli sosiaalipolitiikan ”kulta-aikaa”, ja sosiaalihallituksen toteuttama valtiollinen normiohjaus muun muassa yleiskirjein oli vahvaa. (Kananaja ym. 2011, 88–90.) Normiohjaus sisältää hallinnollisten ohjeistuksien ja määräysten lisäksi lainsäädännöllisen ohjauksen (Heinämäki 2012, 91–92). Myös lääninhallitusten resurssiohjaus sekä valtion suunnitteluohjaus asettivat kunnalliselle sosiaalihuollolle omat ehtonsa ja kuntien itsemäärääminen oli vähäistä. Tasapuolisuuden ja yhtenäisyyden nimissä toteutettiin suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistus (1984; *Valtava-uudistus*), jonka avulla voimavarat ja resurssit kohdistettiin sinne, missä tarve oli suurin. Valtio rohkaisi taloudellis-hallinnollisen ohjauksen keinoin kuntia palvelujärjestelmän laajentamiseen. (Kananaja ym. 2011, 88–90.) Kehittämisen lähtökohtana oli yhtenäinen valtakunnallinen palvelujärjestelmä, joka ei antanut sijaa kuntien itsenäiselle kehittämiselle. Kunnat valittivat itsehallinnon heikkenemistä, mutta osallistuivat silti pääosin vapaaehtoisesti ja hyvässä hengessä hyvinvointivaltion rakentamiseen myös kuntatasolla (Kröger 1997, 56). Valtionosuudet ohjasivat osaltaan palvelujärjestelmän muodostumista (Möttönen 2011, 67) ja innostivat kuntia kehittämään hyvinvointipalveluja. Suomeen oli 1980-luvun loppuun mennessä rakennettu lainsäädännöllisesti ja ohjauksellisesti laaja peruspalvelujärjestelmä. (Kananaja ym. 2011, 89–90.) Valtio onnistui vahvalla ja monipuolisella ohjauksellaan pitkälti saattamaan lähtötasoltaan erilaiset kunnat samalle viivalle hyvinvointipalveluissa (Kröger 1997, 56).

Valtionohjaus keveni pikkuhiljaa 1980–1990-lukujen aikana. Ohjausideologiassa alettiin vuorostaan korostaa paikallista itsemääräämistä. Ajattelutavan muutokseen vaikutti taloudellisten resurssien ehtyminen, minkä vuoksi valtio ryhtyi korostamaan kunnallista säästäväisyyttä ja menokontrollia. Hyvinvointipalvelujen laajentaminen entisestään ei enää ollut valtiollinen intressi. (Kröger 1997,

61.) Vuonna 1988 aloitettiin vapaakuntakokeilu, jonka seurauksena kunnat saivat vapautta organisaatioiden kehittämiseen ja järjestämiseen omilla ehdoillaan. Kuntien palvelujen rahoituspohjaa muutettiin valtionosuusuudistuksella vuonna 1993 ja päätösvalta palvelujen järjestämisestä olikin 1990-luvun loppupuolella valtaosin kuntien omissa käsissä. (Kröger 1997, 62.) Uudistusten johtotähtenä toimi hajauttaminen. Niin normeja, rakenteita, valtionohjausta kuin valtionosuusuudistustakin toteutettiin hajauttamisen lähtökohdista. (Koivumäki 2007, 31.) Valtionosuusuudistuksen konkreettiset vaikutukset ilmenivät valtionvalvonnan kevenemisellä ja niin sanottujen korvamerkittyjen valtionapujen häviämisenä. Uudistuksen myötä kunta sai valtiolta taloudellista apua laskennallisen indeksin perusteella, mutta rahojen käytöstä kunta päätti itsenäisesti. Yhtenäinen malli kärsi ja kuntien väliset erot hyvinvointipalveluissa kasvoivat merkittävästi uudistuksen myötä. (Kröger 1997, 62.) Valtionosuusuudistus oli valmisteltu ennen lamaa, eikä valmistelussa ollut osattu ennakoida tulevaa taloudellista kriisiä. Uudistuksen tavoitteena ollut kunnallinen itsehallinto ja palvelujen alueellinen kehittäminen kääntyi palveluiden karsimiseen. (Hiilamo 2015, 17.) Lainsäädäntö ohjasi palvelujen järjestämistä ja asetti edellytyksiä lakisääteisten tehtävien hoitamiselle, mutta vastuu oli kunnilla itsellään (Möttönen & Kettunen 2014, 110).

Kuntien itsehallinnollisuuden vahvistuminen ja lama ajoittuivat yksiin, mikä johti osaltaan hyvinvointipalveluiden leikkauksiin kunnissa (Möttönen & Kettunen 2014, 121; ks. myös Toikko 2014, 162–165). Säätelyn purkaminen johtui osaltaan myös uuden julkisjohtamisen oppien rantautumisesta julkisen sektorin kehittämisen periaatteisiin (Heinämäki 2012, 51). Kärjistäen voidaan sanoa, että kunnat jätettiin keskelle lamaa vastuiden ja haasteiden eteen. Elettiin niin sanottua informaatio-ohjauksen kautta (Kananoja ym. 2011, 90–91). Informaatio-ohjaus voidaan kevyimmillään määrittellä tilastotiedon tuottamiseksi, jota kunnat hyödyntävät parhaaksi katsomallaan tavalla. Laajemmin sen voidaan nähdä pitävän sisällään myös tutkimusta, kansallisia kehittämisohjelmia ja asiantuntemuksen välittämistä, esimerkkinä tästä toimi Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämisskeskus Stakes (nykyisin Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus THL). Informaatio-ohjaus eroaa normiohjauksesta ei-sitovan luonteensa perusteella (Heinämäki 2012, 100). Pääasiassa kunnallisen sosiaalihuollon ohjaus heikkeni, eikä informaatio-ohjauksen keinoin ja resurssein kyetty ylläpitämään entisenlaista yhteyttä valtion ja kuntien välillä (Kananoja ym. 2011, 90–91). Laajan hyvinvointivaltion rakentamisen aikaan kunnat saatiin kuitenkin sitoutettua hyvinvointiajatteluun, eikä hyvinvointipoliittikka yksiselitteisesti hävinnyt informaatio-ohjauksen myötä. Teppo Kröger (1997, 63–64) lähestyy 1990-luvun hyvinvointipalvelujen kokonaisuutta hyvinvointikunta-käsitteen kautta. Hyvinvointikunnassa yhdistyvät hyvinvointipalveluja toteuttava kunnallinen itsehallinto ja hyvinvointivaltion

päämäärät, vaikkakin kunnan omat pyrkimykset kuntalaisten hyvinvoinnin turvaamiseksi korostuvat suhteessa valtioon.

Laman vaikutusten helpottuessa 2000-luvun taitteessa valtiollinen ohjaus siirtyi ohjelmaohjauksen kauteen. Ohjelmaohjauksessa (myös *ohjelmajohtaminen*) keskeisen roolin saivat kansalliset ohjelmat, joilla suunnattiin sosiaali- ja terveyspalvelujen ja -politiikan kehitystä kansallisella tasolla. Valtakunnallisen tason lisäksi ohjelmaohjauksessa ovat alueellisina toimijoina sosiaalialan osakeskeskukset (ks. tarkemmin kpl 2.3.1). Kehittämishojelmien myötä myös resurssiohjaus vahvistui jälleen valtionohjauksen muotona, sillä määrärahoja sidottiin kehittämishojelmien toteuttamiseen. Ohjelmaohjauksessa eri sektoreiden yhteistyö ja ohjelmien toteutus useiden kumppanitahojen kesken oli arvostettu päämäärä. (Kananoja ym. 2011, 93–95.) Liisa Heinämäki (2012, 104) toteaa ohjelmaohjauksen eroavan informaatio-ohjauksesta erityisesti vuorovaikutteisuutensa kautta. Ohjelmaohjauksessa valtio kutsuu kuntia mukaan yhteiseen palvelujärjestelmän kehittämiseen. Maakunta- ja sote-uudistus muuttavat kuvaa jälleen, ja kuntien itsehallinnollinen rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen organisoinnissa häviää vuonna 2019. Kuntien itsehallinnollista asemaa ja kunnallisia palveluja on kavennettu kuitenkin jo läpi 2000-luvun alun.

## **2.3 Rakenteisiin vaikuttavat trendit ja palvelujärjestelmän nykytilanne**

### **2.3.1 Rakenteiden uudistus 2000-luvulla**

Sosiaalityötä määrittävä lainsäädäntö on sama kunnasta riippumatta, mutta kunnallisten olosuhteiden, erilaisten kontekstien ja erikokoisten organisaatioiden johdosta työ muodostuu kuitenkin kunnittain varsin erilaiseksi (Ahvenius 2012, 296). Eriarvoistumiseen ja pirstaleisuuteen on pyritty vaikuttamaan poliittisella ohjauksella, hankkeilla ja uudistuksilla läpi 2000-luvun. Kunta- ja palvelurakennemuudistus eli Paras-hanke alkoi valmistelulla vuonna 2005 ja jatkui vuoteen 2011. Hanketta ohjaamaan laadittiin laki ja hanke virallistettiin vuonna 2007 (Laki kunta- ja palvelurakennemuudistuksesta 169/2007). Paras-hankkeen tavoitteena oli eheän kuntarakenteen ylläpito sekä toimivat ja taloudellisesti kestävät palvelurakenteet. Kuntakenttä koostuu useista pienistä itsehallinnollisista yksiköistä, minkä vuoksi päätöksenteko on ollut todella hajautettua. Kunnilla on koostaan riippumatta samat velvollisuudet, ja Paras-hanke luotiin varmistamaan kuntien suoriutuminen palveluvelvoitteistaan. (Kananoja ym. 2011, 113.) Eheän kuntarakenteen tavoite tarkoitti käytännössä kuntien yhdistämistä suuremmiksi, laajempaa väestöpohjaa palveleviksi kokonaisuuksiksi. Palvelurakennemuudituksen taustalla oli ajatus sosiaali- ja etenkin terveyspalvelujen kehittämisestä niin, että palvelut

järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla suhteellisen laajalle väestöpohjalle. Sopivaksi väestöpohjaksi määritettiin 20 000 asukkaan vähimmäismäärä, mikä puolestaan tuki kuntaliitosten ja yhteistoiminta-alueiden kehittämistä. Jo Paras-hankkeen lähtökohtana oli sosiaali- ja terveystalouden integraatio. (169/2007; Puustinen & Niiranen 2011, 4–5; Virkki, Vartiainen, Kettunen & Heinämäki 2011, 5–6.)

Paras-hankkeen tavoitteet tunnistettiin hyvin ja uudistukselta toivottiin selkeytystä kuntien ja valtion väliseen työnjakoon. Joitakin kuntien tehtäviä (esim. kuluttajaneuvonta, elatustuen toimeenpano, holhoustoimen edunvalvontapalvelut) siirrettiinkin valtiolle, mutta siirrot huomioitiin kuntien saamisissa valtionosuuksissa. Merkittävimmät tulokset Paras-hankkeessa on saavutettu kuntarakenteen selkiyttämisen saralla, kuntaliitoksia on tehty ja kuntien määrä on vähentynyt noin neljänneksellä. Useat Paras-hankkeen tavoitteet, koskien muun muassa sosiaali- ja terveystalouden integraatiota jäivät kuitenkin vaillinaisiksi. (Kananoja ym. 2011, 115–117.) Palvelujen järjestämisen tasolla Paras-uudistuksen tavoitteet kestävästä palvelurakenteesta eivät toteutuneet. ParasSos seuranta- ja arviointitutkimuksen raportissa (Virkki ym. 2011) todetaan, että Paras-hankkeen seurauksena syntyneiden laajempien palvelualueiden myötä kuntien sosiaalipalvelujen valikko on saattanut laajentua etenkin pienissä kunnissa. Samalla palvelut ovat kuitenkin liukuneet kauemmas asiakkaasta, työntekijöiden asiakaskohtainen aika on vähentynyt muun muassa laajentuneiden toiminta-alueiden ja asiakasmäärien lisääntymisen vuoksi ja paikallisen asiantuntemuksen hyödyntäminen on vähentynyt. Palvelujen käyttäjät ovat kokeneet yksilökohtaisen jouston vähentyneen ja palvelujen pirstaloituneen eri luukuille. (Emt., 5–6.)

Valtion toteuttama laaja ohjelmaohjaus on ollut voimakas trendi 2000-luvun alusta lähtien. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (*Kaste*) toimi valtionohjauksen välineenä sote-palveluiden kehittämisessä kahdella ohjelmakaudella vuosina 2008–2011 (*Kaste I*) sekä 2012–2015 (*Kaste II*). *Kaste I*-ohjelma sitoutui vahvasti Paras-puitelain tavoitteisiin (Puustinen & Niiranen 2011, 16). *Kaste*-ohjelmassa hyödynnettiin sekä ohjelmaohjauksen että resurssi- ja normiohjauksen keinoja. Vuorovaikutteisuus ohjauksessa ilmeni kuntien osallistamisena ohjelman valmisteluun. (Heinämäki 2012, 102–105). Vuosien 2012–2015 ohjelmakaudella *Kaste*en tavoitteiksi asetettiin hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä palveluiden ja rakenteiden järjestäminen kustannustehokkaasti ja asiakaslähtöisesti. Tavoitteisiin pyrittiin muun muassa uusien palvelukokonaisuuksien kehittämisellä sekä terveydenhuollon järjestämissuunnitelman tukemisella. (STM 2012, 13–26.) *Kaste*-ohjelmalla arvioidaankin olleen vaikutusta sote-uudistuksen valmisteluun, etenkin integraatioulottuvuuden syventämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden välillä (STM 2016,



16). Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010) on kuitenkin todennut tarkastuksessaan, ettei ohjelmaohjaus ole saavuttanut sille asetettuja tavoitteita. Ohjelmaohjauksen keinoin ei ole saavutettu rinnakkaisten ja osittain päällekkäisten toimintojen integraatiota. Ohjelmat on toteutettu sateenvarjomallilla, jolloin useiden osatavoitteiden asettamisen takia strategista ydintä ei ole muodostunut, vaan ohjelma on hajautunut tarkoittamaan eri hallinnonalojen alla erilaisia asioita. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 7-8.)

Valtion ohjelmaohjausta on 2000-luvulla toteutettu myös ammatillista asiantuntijuutta hyödyntämällä. Laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta (1230/2001) astui voimaan vuonna 2001. Sosiaalialan osaamiskeskukset aloittivat toimintansa vuonna 2002 rakentuen osaltaan aiemmin vaikuttaneiden opetussosiaalikeskusten perinteelle. Osaamiskeskustoiminnan tarkoituksena on omalla alueellaan turvata sosiaalialan asiantuntemusta, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoimintaa, koulutuksen ja käytännön vuoropuhelua sekä perus- ja erityispalveluja. Osaamiskeskukset muodostuivat kuntien, korkeakoulujen ja oppilaitosten, liittojen ja järjestöjen yhteistyönä, ja kukin niistä kattaa alueellisesti yhdestä neljään maakuntaa. Tavoitteena osaamiskeskustoiminnassa on hallinnollisesti kevytrakenteinen kehittämisverkosto. (Heikkilä, Koivuranta, Lähteinen & Heinämäki 2009, 11.) Tällä hetkellä sosiaalialan osaamiskeskuksia on yksitoista. Terveystieteiden lain (1326/2010, 35§) myötä sairaanhoitopiirit veloitettiin perustamaan perusterveydenhuollon yksiköt, joiden tehtävänä on terveydenhuollon puolella asiantuntija-, kehittämis- ja tutkimustoiminnan sekä eritasoisten terveys- ja sosiaalipalvelujen yhteensovittaminen. Perusterveydenhuollon yksiköt ja sosiaalialan osaamiskeskukset toimivat omilla aloillaan samojen tehtävien parissa, ja molempien tavoitteena on myös moniammatillisen yhteistyön ja sote-palvelujen kokonaisuuden vahvistaminen. (Ks. esim. Haverinen & Vuorenkoski 2009.) Sote-uudistuksen yhteydessä on tehty linjausta tulevaisuuden kehittämistoiminnasta. Jatkossa maakuntien alueelliset tarpeet ohjaavat tutkimus- ja kehittämistoiminnan suuntaa, ja kehittämisyksiköt saattavat koostua sosiaalialan osaamiskeskusten ja perusterveydenhuollon yksiköiden lisäksi erikoissairaanhoidon ja kuntien kehittämishenkilöstöstä. (Marjamäki 2016, 514.)

Sosiaalialan osaamiskeskukset toimivat tällä hetkellä osaltaan Kaste-ohjelman tavoitteiden edistämiseksi ja kehittävät sote-uudistuksessa korostuvaa integraatiota sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksissa. Esimerkkinä Kaste-ohjelman osana toteutuvasta kehittämistyöstä toimii Väli-Suomen alueella käynnissä oleva Parempi arki- hanke (2015–2017), jossa toimijoina ovat muun muassa alueen sosiaalialan osaamiskeskukset, kunnat ja sairaanhoitopiirit. Hanke keskittyy runsaasti sosiaali- ja terveystieteiden palveluja käyttävien yhteisasiakkaiden palvelukokonaisuuden toiminnalliseen

integraatioon. Hankkeessa kohderyhmän palveluja on pyritty parantamaan kehittämällä tunnistamiskriteerejä ja yhteistyön toimintamalleja. Hankkeen aikana on tunnistettu tarve sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyön lisäämiselle. Etenkin palveluja paljon käyttävien yhteisasiakkaiden kohdalla yhteistyön kehittäminen vahvistaisi sekä asiakkaan tyytyväisyyttä palveluihin että resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä. (Ammattilaisten ja asiakkaiden näkemyksiä... 2016, 4–5; 18.)

### **2.3.2 Palvelurakenteen tämänhetkiset päälinjat**

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavat kunnat, kuntayhtymät ja yhteistoiminta-alueet. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa määrittävät lainsäädäntö ja valtioneuhjauksen eri muodot, joista vastaa pääasiassa sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatua ja saatavuutta valvovat lupaviranomaisina aluehallintovirastot ja sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Ohjaus ja valvonta ilmenevät selvästi myös nykyisessä järjestelmässä, mutta pääasiallinen vastuu palveluiden järjestämisestä ja laadusta on kunnilla. Kunnat voivat järjestää palvelut itsenäisesti, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai ostopalveluna muilta tuottajatahoilta. Vuonna 2017 Manner-Suomessa on 295 kuntaa (Kuntien lukumäärä ja vireillä olevat muutokset). Tois- taiseksi kunnat vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä parhaaksi katsomallaan tavalla. (Huovila, Aaltonen, Porrasmaa, Laaksonen & Korhonen 2015, 39–40; Virnes 2016.) Palvelujen järjestämisen tavat vaihtelevat kunnittain merkittävästi, joten yleispätevää mallia palvelurakenteesta ei voida määrittää. Esimerkiksi vuonna 2011 neljässäkymmenessä ARTTU-tutkimuksessa tarkastelussa kunnassa sosiaali- ja terveyspalvelut toteutettiin yhdentoista erilaisen mallin mukaan (Puustinen & Niiranen 2011, 25–26). Sote-uudistuksen tavoitteena on osittain tämän monimuotoisuuden poistaminen ja yhdenvertaisuutta tukevien palvelurakenteiden luominen. Tutkielman kannalta keskeiset lait sosiaalihuoltolain muuttamisesta (1517/2016) ja terveydenhuoltolain muuttamisesta (1516/2016) astuivat voimaan 1.1.2017, mutta eivät itsessään tuoneet merkittäviä muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollonhuollon järjestämiseen. Etenkin laki terveydenhuoltolain muuttamisesta kuitenkin korostaa palvelujen keskittämistä, ja muutokset valmistelivat osaltaan lainsäädäntöä sote- ja maakuntauudistuksen myötä vuonna 2019 toteutuviin muutoksiin.

Paras-hankkeen ja politiikkaohjelmien myötä kuntien toimialarajat ovat hämärtyneet. Palveluja voidaan järjestää esimerkiksi elämänkaarimallin mukaan, jolloin sosiaali-, terveys- ja sivistyspalvelujen väliset työnjaot väljentyvät. (Puustinen & Niiranen 2011, 21–22.) Sosiaalihuollon järjestämistä ja sisältöä ohjaa pääosin sosiaalihuoltolaki (1301/2014), jota täydennetään tarkentavilla erityislaeilla.

la. Sosiaalihuoltolakia koskien on esitetty kysymys siitä, sovelletaanko sitä myös terveysosiaalityössä. Sosiaalihuoltolaki koskee määrittelynsä puolesta nimenomaisesti kunnallista sosiaalihuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut, ettei laissa erotella sektoria, jossa sosiaalityöntekijä toimii, vaan lakia sovelletaan tehtävien kautta. Sosiaalihuoltolakia sovelletaan, kun kyse on sosiaalihuollon tehtävistä. Näin ollen sosiaalihuoltolaki tulee sovellettavaksi myös terveysosiaalityössä riippumatta organisaatiosta, jossa toimitaan. (Kysymyksiä ja vastuksia uudesta sosiaalihuoltolaista.) Terveystieteidenhuollossa toimivat sosiaalityöntekijät eivät ole sosiaalihuollon viranomaisia, minkä vuoksi hallinnollinen päätöksenteko ja asiakkaan kokonaispalveluista päättäminen eivät kuulu terveysosiaalityöntekijän tehtäviin. Terveystieteidenhuollon sosiaalityöntekijän asiantuntemusta ja tilannearviointia tulee kuitenkin hyödyntää asiakkaan palvelusuunnitelmaa laadittaessa asiakkaan edun vaatimalla tavalla (emt).

Terveystieteidenhuollon palvelurakenteet määritellään kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989), terveystieteidenhuollon palveluista säädetään puolestaan terveystieteidenhuoltolaissa (1326/2010). Kunnat vastaavat itsenäisesti perusterveystieteidenhuollon palveluista, samoin kunnat vastaavat erikoissairaanhoidon saatavuudesta. Tämä tarkoittaa, että kaikilla kunnilla on vastuu sekä perusterveystieteidenhuollon että erikoissairaanhoidon kustannuksista (Hiilamo 2015, 36). Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on sairaanhoitopiireillä ja erityisvastuualueilla. Erikoissairaanhoidon toteuttamista varten Suomessa toimii kaksikymmentä sairaanhoitopiiriä, jotka vastaavat sairaalapalveluiden tuottamisesta. Jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin. Lisäksi jokainen sairaanhoitopiiri kuuluu yhteen viidestä yliopistosairaaloiden ympärille jäsenettyyn erityisvastuualueeseen. Erityisvastuualueiden vastuulla on vaativan erikoissairaanhoidon järjestäminen. (Sairaalat ja erikoissairaanhoido.) Terveystieteidenhuolto on siis palvelurakenteeltaan hierarkkisempi ja monipolvisempi kuin sosiaalihuolto, joka toteutuu pääasiassa kunnallisena palveluna, ja jota täydennetään tarpeen mukaan yksityisillä sosiaalipalveluilla.

### **2.3.3 Uusi julkisjohtaminen sosiaalipolitiikkaan vaikuttavana trendinä**

Yksityisten palveluntuottajien ilmaantuminen sosiaali- ja terveyspalvelujen kentälle voimistui 2000-luvun taitteessa. 1990-luvun lama vaikutti yhteiskunnallisiin diskursseihin ja paradigmoihin myös sosiaalipolitiikan kentällä. Uusliberalistinen talousajattelu ja uusi julkisjohtaminen (*New Public Management*) rantautuivat myös Suomessa sosiaalipoliittiseen puheeseen ja päätöksentekoon. Arvojen muutos, markkinataloudellinen ajattelu ja kilpailuyhteiskunta näyttäytyivät perinteisen hyvinvointivaltioajattelun ja universalismin haastajina, ja niihin onkin sosiaalityön sisällä suhtauduttu

sangen vankoin varauksin ja kriittisesti etenkin eettisten näkökulmien vuoksi (vrt. Raunio 2009, 88–89). Uusklassinen talousajattelu korostaa yksilön toimijuutta ja valinnanvapautta. Holhoavat interventiot, joihin sosiaalityön muutostyö usein lukeutuvat, eivät kuulu ajattelun ihanteisiin. Sen sijaan yksilön itse valitsevat palvelut, maksukyky ja kuluttaja-ajattelu leimaavat uusklassista talousajattelua. (Healy 2014, 50–51.) Sote-uudistus kytkeytyy kuluttaja-ajatteluun nimenomaan valinnanvapauden ja toimijuuden periaatteiden kautta. Voidessaan itse valita palveluntuottajatahon uusklassisen talousajattelun kannattajat uskovat ihmisten automaattisesti valitsevan tehokkaimman ja laadukkaimman vaihtoehdon. Julkisen vallan tehtäväksi jää tämän valinnanvapauden mahdollistaminen, peruspalveluiden tarjoaminen sekä viimesijainen vastuu. Mielenkiintoista kyllä, markkinatalousajattelussa sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluja ei mielletä peruspalveluiden piiriin. (Healy 2014, 51–52.)

Markkinavetoinen talousajattelu on ääripää, mutta sen vaikutukset sosiaalipoliittisiin linjauksiin todellistuvat meneillään olevissa uudistuksissa. Uusliberalistista ajattelua edustavista uuden julkisjohtamisen opeista muun muassa tehokkuus- ja talousajattelu soveltuvat hyvin sote-uudistuksen tarkasteluun. (Vrt. Healy 2014, 53.) Uuden julkisjohtamisen ajatukset rantautuivat kuntien palvelujen kehittämiseen erityisesti 1990-luvun loppupuolella. Uudessa julkisjohtamisessa korostuvat resurssien käyttämisen tehokkuus ja siitä saatu vastike. Byrokratia näyttäytyy opissa jäykkänä, alistavana ja itseään kasvattavana toimintamuotona. Byrokratiaa, johon myös sosiaalityö perustuu, ei nähdä oikeudellisuuden ja yhdenvertaisuuden varmistajana, vaan esteenä tehokkuudelle ja tuottavuudelle. (Julkunen 2006, 78–79.) Uuden julkisjohtamisen oppien mukaisesti kuntien tulisi toimia markkinatalouden ohjaamina, jolloin eri sektoreiden toiminnot kootaan laajoiksi kokonaisuuksiksi. Laajempia kokonaisuuksia on helpompi ohjata ja hallita tulosajattelun mukaisesti. Sosiaalityön näkökulmasta ongelmia uudessa julkisjohtamisessa tuottavat muun muassa sosiaalisen asiantuntijuuden väheneminen päätöksenteon tasolta, sosiaalisen pirstaloituminen pieneksi osaksi kaikkia palveluja sekä sosiaalialan heikko asema verrattuna terveydenhuoltoon. (Möttönen & Kettunen 2014, 111–114.)

Uusliberalistinen ja uuden julkisjohtamisen mukainen ajattelu konkretisoituivat suomalaisessa sosiaalipoliitikassa 2000-luvun taitteessa. Tilaaja-tuottajamalli sekä muut kilpailutusta koskevat uudistukset ja julkisten palveluntuottajien ulkopuolisten tahojen mukaantulo sote-palveluiden tuottamiseen ovat johtaneet osaltaan palveluiden laadun heikkenemiseen. Markkinatalousajattelun mukaisesti palveluja tuotetaan mahdollisimman tehokkaasti mahdollisimman vähällä taloudellisella panostuksella (Healy 2014, 58). Tilaaja-tuottajamallissa on kyse uuden julkisjohtamisen oppien mukaisesta toiminnasta, jossa palvelun tilaaja ja tuottaja erotetaan toisistaan palvelujen tehostamiseksi.

Tilaaajana kunta tarkastelee esimerkiksi sote-palveluja palvelutuotantona, jonka päämääränä on tuotannon tehokkuus. Tuottajana voi toimia kunnallinen toimija tai palvelut voidaan ostaa kunnallisten palveluiden ulkopuolelta. (Möttönen & Kettunen 2014, 114.) Tilaaaja-tuottajamallin toteuttamisen välineenä on kilpailutus. Kilpailutustilanteessa palvelu tuoteistetaan mitattaviin yksiköihin, joille annetaan hinta. Kilpailutuksen myötä julkisen sektorin tehtäviä on siirretty yksityiselle sektorille, joka on luvannut tuottaa palvelut tehokkaammin ja halvemmalla. (Julkunen 2006, 89–90.) Uuden julkisjohtamisen myötä myös sosiaalityö osana kunnallisia palveluja joutui tehokkuus- ja talousajattelun kohteeksi. Sosiaalityön suoritteet tuoteistettiin, tehokkuutta ja ajankäyttöä ryhdyttiin tarkkailemaan aiempaa organisoidummin ja sosiaalityön perustaksi voidaan kriittiseen sävyyn väittää muodostuneen erilaisten välineiden ja mittaamisen aiemmin korostettujen inhimillisyyden ja kohtaamisen sijaan. (Eräsaari 2014, 129–131.) Sosiaalityön julkisen vallan viranomaistehtävä on suojannut sitä ulkoistamiselta ainakin toistaiseksi.

Sosiaalityön muotoutumiseen ja roolin vaikuttavat ajassa ilmenevät yhteiskunnalliset arvot, normit ja paradigmat (vrt. Toikko 2005). Sosiaalihuolto on muuttunut läpi kehityksensä erilaisten ideologioiden kautta, ja myös tuleva sote-uudistus on yhteiskunnallisten arvovalintojen tulosta. Sosiaalityö ei koskaan toteudu tyhjiössä omana kokonaisuutenaan, vaan se elää kiinteästi osana sosiaalipoliittisia valintoja ja muutoksia. Markkina-ajattelun ohjaama sosiaalipoliittinen kehitys ei ole vaikuttanut vain palveluiden tuottamisen tapoihin ja periaatteisiin, vaan myös kuluttajuuteen ja palveluiden saamisen oikeutuksen vaateeseen. Sitä, kuinka kansalaiset suhtautuvat universaaleihin sosiaali- ja terveyspalveluihin määrittää se, tarvitseeko palveluja itse. ”Marginaalipalvelut” kuten päihdehuolto tai toimeentulotuki saavat osakseen kyseenalaistavaa ja negatiivista asennoitumista, kun taas yleisesti käytetty leimaamaton päivähoito tai hammashuolto saa edelleen kiistatonta kannatusta. Sosiaalihuollon tarvetta itsessään ei kiistetä, mutta sen perusteluja ja oikeutusta kyseenalaistetaan ja haastetaan arvojen ja yhteiskunnallisten diskurssien kautta. (Möttönen & Kettunen 2014, 123; Toikko 2014, 165.)

#### **2.3.4 Asiakkuuden vaateet uuden julkisjohtamisen kontekstissa**

Markkina-ajattelussa asiakas on kuluttaja, aktiivinen kansalainen (Rajavaara 2014, 142). Puhuttaessa kansalaisesta, asiakkaasta ja kuluttajasta, keskustelua leimaavat diskurssit kytkeytyvät osallisuuden, toiminnan mahdollisuuksiin ja vapauteen, mutta myös riippumattomuuteen ja yksilön vastuuseen omasta hyvinvoinnistaan (Newman & Tonkens 2011, 9). Sosiaali- ja terveyspalveluista puhutaan usein myös hyvinvointipalveluina, jolloin hyvinvointi ja ennaltaehkäisevä rooli korostuvat. Po-

liittisessä puheessa hyvinvoinnilla viitataan pahoinvoinnin puuttumiseen, ja samalla hyvinvoinnillaan heikkoja marginalisoidaan entisestään. Marketta Rajavaara (2014) tunnistaa myös suomalaisessa sosiaalipoliittisessa puheessa yksilöllisyyteen ja asiakkaan aktiivisuuteen kytkeytyvää keskustelua, josta käyttää nimitystä henkilökohtaistaminen. Henkilökohtaistamisen ideana on, että asiakas itse ottaa vastuuta hyvinvoinnistaan, määrittelee tarvitsemansa palvelut ammatilaisen konsultoivalta tuella ja osallistuu oman hyvinvointinsa edistämiseen palveluiden avulla niin, ettei riippuvuus palveluista pitkity. Henkilökohtaistamisen yhteydessä puhutaan asiakkaan oikeudesta valita palveluntarjoajansa sekä oikeudesta vaihtaa palveluntarjoajaa ollessaan tyytymätön saamaansa palveluun. Tällöin asiakas on kuluttaja ja vahvasti osallinen asiassaan. (Emt., 148–149.)

Aktiivisen kansalaisuuden vaade perustuu vastavuoroiseen suhteeseen valtion ja kansalaisen välillä. Oikeuksien ja vapauden rinnalla kulkevat myös asiakkaan vastuut ja velvollisuudet. Vastikkeellisuus, aktivointi ja ehdollistaminen tuottavat henkilökohtaisen palvelun ja aktiivisen kansalaisen diskurssiin kolikon kääntöpuolen. Sosiaalipoliittiset toimet eivät muodostu asiakkaan osallisuutta ja itsemäärittämistä tukeviksi, ellei asiakas vastavuoroisesti pyri hyödyttämään yhteiskuntaa. Aktiivisessa sosiaalipoliitikassa käydään jatkuvaa neuvottelua yksilön oman ja julkisen vallan vastuun välillä. Taloudellinen epävarmuus on johtanut myös asenteiden kovenemiseen, vain vastavuoroisuus ja vastikkeellisuus oikeuttavat yksilön nauttimaan yhteiskunnan tuesta. (Julkunen 2006, 206–212.) Rajavaara avaa artikkelissaan mahdollisia suuntia henkilökohtaistamisen kehitykselle, ja näkee vaihtoehtoina asiakkaan osallisuuden eri muotojen lisäämisen, palvelujen eriyttämisen asiakkaiden tarpeiden mukaan sekä aktivoinnin tehostamisen. Lisäksi Rajavaara liittää henkilökohtaistamiseen mahdollisuuden kansalaisen perustilistä tai elämänkulussa harkinnanvaraisesti hyödynnettävästä henkilökohtaisesta budjetista. Kaiken kaikkiaan henkilökohtaistaminen kytkeytyy tiiviisti uusliberalistiin aktiivisen kansalaisen ja yksilönvastuun ajatuksiin. Ongelmalliseksi henkilökohtaistaminen muuttuu kun keskusteluun otetaan mukaan ne marginaalissa elävät, apua ja tukea tarvitsevat asiakkaat, joilla ei ole mahdollisuutta tai osaamista tehdä päätöksiä ja valintoja vastuullisesti ja itsenäisesti. (Rajavaara 2014, 156–160.) Asiakkaan vastuuttaminen itsemäärittämiseen vedoten voi johtaa myös organisaatioiden vastuun välttelyyn ja asiakkaan ”heitteillejättöön” (vrt. Healy 2014, 58–59).

Henkilökohtaistamisen kanssa samoja sisältöjä kuvataan myös vastuullisen asiakkaan käsitteen kautta. Timo Toikko (2014) tarkastelee artikkelissaan sitä, millaisena ”hyvä asiakas” näyttäytyy sosiaalipoliittisessa keskustelussa. Toikko kuvaa sosiaalipoliittisesti hyvää asiakasta valintoja tekevänä, vastuuta kantavana ja kuluttujana toimivana. Asiakas on paitsi vastuullinen, myös osallinen ja aktiivinen. Jos asiakas ei itse ole aktiivinen, on hänet järjestelmän tuella aktivoitava. Vastuullinen

asiakkuus on siis ensisijaisesti mahdollisuus, mutta samalla myös velvollisuus. Valintoja tekemällä asiakas sekä tuottaa omaa tilannettaan koskevaa asiantuntijuutta että ohjaa palvelumarkkinoita. Vastuullinen asiakkuus siis helpottaa markkinoiden toimintaa pitämällä palveluntarjoajat herkkinä laadulle ja tehokkuudelle. (Toikko 2014, 166–167.)

## 2.4 Sote-uudistus ja tulevaisuuden tienviitat

Valtionohjaus ja rakenteisiin vaikuttavat trendit jatkavat elämäänsä sote-uudistuksen valmistelussa. Vastuuttamisen ja valintoja tekevän asiakkaan diskurssit ilmenevät voimakkaina uudistuksen periaatteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisesta sen kaltaisilla muutoksilla, jotka meneillään olevassa sote-uudistuksessa ovat kyseessä, on käyty julkista keskustelua ja tehty poliittisia linjauksia vuodesta 2011 alkaen. Sakari Möttönen ja Pekka Kettunen (2014, 118) huomauttavat, että hallitusten uudistusideat ovat olleet samankaltaisia jo vuoden 2003 Vanhasen I hallituksesta lähtien, Heikki Hiilamo (2015, 33) puolestaan toteaa Lipposen II hallituksen aloittaneen sote-pelin vuonna 2002. Pyrkimyksenä on kaiken aikaa ollut rakentaa suurempia kokonaisuuksia. Terveydenhuollon lainsäädäntöä on uudistettu vuonna 2011, sosiaalihuollon lainsäädäntöä vuonna 2014. Niin sanottua järjestämislakia on kaivattu lähes vuosikymmen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden yhtenäistämisen ja yhteistyön edellytysten välineeksi. (Kananoja ym. 2011, 78–79.) Useita malleja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseksi on esitetty, mutta ne ovat kaatuneet heikkoon valmisteluun ja perustuslaillisiin ongelmiin. Vasta vuonna 2014 Stubbien hallitus sitoutui linjaukseen sote-uudistuksesta, joskaan silloinenkaan linjaus ei läpäissyt eduskunnan seula perustuslaillisten puutteiden vuoksi. Linjausta ei kuitenkaan hylätty, vaan valmistelu jatkui erinäisten valmisteluryhmien toimesta. (Aiempi valmistelu; tarkemmin aiemmasta valmistelusta Hiilamo 2015.) Suomen sote-uudistus on sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla ainutlaatuinen laajuutensa vuoksi, eikä vastaavaa uudistusta ole toteutettu missään muualla.

Sote-uudistus on kytketty tiivistä samaan aikaan valmisteilla olevaan alueuudistukseen. Maakunta-uudistuksella luodaan kahdeksantoista uutta itsehallintoaluetta eli maakuntaa Manner-Suomeen 1.7.2017 alkaen (Sote- ja maakuntauudistus etenee eduskuntaan). Muutos koskettaa yli 220 000 työntekijää, jotka siirtyvän uudistuksessa kuntasektorilta maakuntien palvelukseen (Henkilöstö). Sitä, kuinka sote-uudistus vaikuttaa yksittäisen sote-työntekijän työkuvaan, tehtäviin ja vastuisiin ei ole saatavilla selvitystä. On oletettavaa, että sote-uudistus aiheuttaa muutoksia myös yksilötasolla, sillä työ rakentuu osiensa summana makrotasolta mikrotason käytäntöihin. Sote-uudistus vaikuttaa myös siirtyviä työntekijöitä koskevaan henkilöstöpolitiikkaan, palkkaharmonisointiin, tehtävien yh-

denmukaistamiseen ja nimikkeistöön. Kaikkiaan uudistuksen myötä noin 215 000 sote-työntekijän työnantaja vaihtuu (Sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädäntö 2017, 28). Uudistusten tavoitteena on luoda rakenteiltaan kokonaan uusi vastuujärjestelmä, joka aloittaa toimintansa 1.1.2019. Tällöin myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy uusille maakunnille. Ensimmäiset maakuntavaalit on suunniteltu pidettäväksi tammikuun 2018 presidentinvaalien yhteydessä. Alla kuvatuissa sote-uudistusta koskevissa yleisesittelyissä on hyödynnetty pääasiassa Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkomateriaaleja. Virallisten tahojen verkkoaineisto on ajantasaista valmistelusta vastaavien tahojen tuottamaa tiivistelmää, jonka avulla sote-uudistuksesta piirtyy selkeä ja johdonmukainen käsitys. Tutkielmassa sote-uudistuksen tilaa kuvataan kirjoittamishetken, eli kevään 2017, tilanteen mukaan. On mahdollista, ja aiemman valmistelun perusteella jopa todennäköistä, että uudistuksen edetessä muutoksia kirjoittamishetkellä voimassa oleviin linjauksiin ilmenee.

#### **2.4.1 Palvelujen järjestäminen – vastuun näkökulmat**

Martti Lähteinen ja Pirjo Marjamäki (2016, 139–143) täydentävät kappaleessa 2.2 esiteltyä valtionohjauksen logiikoiden jaottelua tarkentamalla ohjelmajohtamisen kauden päättyneen vuoteen 2015, jonka jälkeen valtionohjauksessa on siirrytty uuden ohjauskauden kynnykselle. Uudenlainen ohjausmenetelmä on tarpeen kehittää jo siksi, etteivät kunnat jatkossa tuota tai järjestä sote-palveluja, vaan valtionohjaus kohdentuu pääasiassa maakuntiin. Valtionohjauksen ennakkoidaan perustuvan sopimusohjaukselle, jonka lisäksi myös strategiatyö saa merkittävän roolin. Sopimuksiin perustuvien sote-palveluiden lisäksi ohjausvastuuta delegoidaan kuluttajalle, joka tulee jatkossa valitsemaan sote-palvelujen tuottajansa valinnanvapauslainsäädännön puitteissa. Ohjauksen pääasiallinen tavoite on kustannustehokkuus, ja ohjausta toteutetaan myös seuraamalla asetettujen tavoitteiden saavuttamista. (Emt., 140–142.) Kunnat eivät kuitenkaan katoa, eikä niiden suhde valtioon katkea sote- ja maakuntauudistusten myötä. Sosiaalihuollon näkökulmasta ohjaussuhteen tarkastelun katse kiinnittyy kuitenkin jatkossa valtion maakuntiin kohdistamaan ohjaukseen.

Sote-uudistus tuodaan kokonaisuudessaan käytäntöön maakuntauudistuksen yhteydessä, joka astuu voimaan 1.1.2019. Uudistuksen jälkeen maakunnilla on viisi sote-yhteistyöaluetta. Erikoissairanhoidon ja ympärivuorokautisen päivystyksen järjestelyjä muutetaan niin, että laajan päivystyksen määrä vähenee ja keskussairaalat ottavat aiempaa enemmän vastuuta suppeasta päivystyksestä ja erikoistuneista palveluista. (Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi hallintomalli.) Tällä hetkellä erikoissairanhoidossa vaikuttaa viisi erityisvastuualuetta (*erva*), jotka korvautuvat sote-uudistuksessa



sote-yhteistyöalueilla. Sekä voimassa olevassa että tulevassa mallissa keskitetty vastuu erikoissairaanhoidosta on muodostettu viiden yliopistollisen sairaalan ympärille. Kunta ei voi jatkossa toimia sosiaali- ja terveystalouden tuottajana, vaan tuottamisesta vastaa vuodesta 2019 alkaen maakunta. Maakunta voi joko tuottaa sote-palvelut itse tai ostaa ne yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Kunnan rooli palveluiden järjestäjänä, tuottajana ja rahoittajana häviää. (Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi hallintomalli.)

Palvelujärjestelmä rakentuu ylhäältä alas ja muistuttaa hyvinvointivaltion rakentamisen kulta-ajan ihanteita. Valtio ottaa palveluja linjaavaa ja ohjaavaa roolia muun muassa taloudellisen ja sopimussellisen ohjauksen keinoin. Valtio myös delegoi valtaa ja vastuuta suoraan maakunnille. Maakuntien tehtävät koostuvat sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen lisäksi esimerkiksi pelastustoimesta, alueellisista kehittämisestä ja elinkeinon edistämisestä sekä maakunnallisen identiteetin ja kulttuurin edistämisestä. Maakuntien tehtävät ja rooli tulevat kirkastumaan maakuntauudistuksen toimeenpanon lähestyessä. Maakuntien alla sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjaavat sote-yhteistyöalueet, jotka vastaavat keskitetyistä tehtävistä vaativimmissa palveluissa. Kuntien vastuulle jää väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, paikallinen toimiala, paikallisdemokratian ylläpito sekä erinäiset paikalliset lakisääteiset tehtävät. Jatkossakin kunta vastaa työllisyyden ylläpidosta ja edistämisestä alueellaan, paikallisesta elinkeinopolitiikasta, osaamisen ja sivistyksen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, vapaa-ajan palveluista, nuorisotoimesta, maankäytöstä, rakentamisesta ja kaupunkisuunnittelusta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi hallintomalli.)

Järjestämisvastuun muistuttaessa 1960–1970-lukujen valtionohjauksellista mallia, voidaan tuottamiseen liittyviä näkökulmia peilata 2000-luvun taitteen tilaaja-tuottajamalliin. Järjestäjän vastuulla on palveluiden kokonaisuuden hallinta ja vastuu niiden toimivuudesta (Hiilamo 2015, 35–36). Maakuntia rohkaistaan ja ohjataan uudistuksen valmistelussa sote-palvelutuotannon monipuolistamiseen. Palvelujen järjestäminen ja tuottaminen erotetaan sote-uudistuksessa toisistaan täysin, ja ne muodostavat jatkossa omat kokonaisuutensa. Palveluntuottajina toimivat periaatteessa yhdenvertaisina julkinen, yksityinen ja kolmas sektori. Toimijat hyväksytään palveluntuottajaksi erillisen menettelyn kautta. Asiakkaalla on nykyistä laajempi vapaus valita hyväksytyistä palveluntuottajista tarvitsemansa palvelun tuottaja. Vain viranomaistehtävistä ja merkittävästä julkisen vallan käytöstä vastaa puhtaasti maakunta. Maakunnan osakeyhtiö palvelujen tuottajana erotetaan maakunnasta palvelujen järjestäjänä. (Palvelujen tuottaminen.) Aiemmin vastuut palvelujen tuottamisesta ja järjestämisestä ovat olleet kunnilla.

## 2.4.2 Palvelujen tuottaminen – taloudelliset näkökulmat

Sote-uudistuksen myötä kunnilla ei tule enää olemaan rahoitusvastuuta sote-palveluista, vaan vastuu siirtyy kokonaisuudessaan valtiolle. Verotus muuttuu ja sen määräytyminen on suhteessa siirtyviin palveluihin. Kunnallisvero laskee arviolta 12,3 % ja valtion verotus kiristyy. Näin verotulot ohjataan kunnilta palvelujen rahoituksesta jatkossa vastaavalle valtiolle. (Rahoitus.) Sote-uudistuksessa keskeisinä elementteinä ovat tehostaminen ja taloudellisuus. Kustannusten hillintä tulee keskeisenä ydinajatuksena esiin aiheita käsittelevissä teksteissä. Suomen talous on 2010-luvun molemmin puolin laahannut taantumassa, minkä vuoksi taloudellisten ehtojen kiristäminen ja vaihtoehtoisten palvelutuotantotapojen arviointi on noussut keskeiseen asemaan julkisessa retoriikassa. Tähän saakka Suomen vajaat 300 kuntaa ovat rahoittaneet sote-palveluja monikanavarahoituksen turvin, joka tarkoittaa käytännössä rahoituksen saamista usean eri kanavan kautta. Monikanavamallissa rahoitukseen ovat osallistuneet valtio, kunnat, kotitaloudet, Kela, työnantajat ja muutamat muut tahot kuten yksityiset vakuutusyhtiöt. (Rahoituksen nykytilanne Suomessa.)

Sote-uudistuksen myötä palvelujen monikanavarahoitusta yksinkertaistetaan, mikä tarkoittaa rahoitusvastuun siirtymistä yksinomaan valtiolle. Maakunnilla ei ole itsenäistä rahoitusvastuuta eikä merkittäviä omia tulonlähteitä, vaan maakuntien talous koostuu valtion rahoituksesta ja asiakas- ja käyttömaksuista. Valtio ohjaa maakuntien taloudenpitoa kustannusten hillitsemiseksi. Näin ollen maakunnat eivät saa itsenäistä päätäntävaltaa sote-palveluiden taloudesta. (Rahoitus.) Valtion rahoitus määräytyy väestömäärän mukaan eli kapitaatiomaksuna. Jatkossa rahoitusta sidotaan myös tarveperustaisuuteen. Eri alueilla esimerkiksi väestön ikärakenne ja sairastavuus ovat erilaisia, joten tasapuolisuuden varmistamiseksi on luotava indeksi, joka tasapuolistaa kapitaatiomaksujen määräytymistä. (Hiilamo 2015, 108.) Monituottajamallin, talouden ja laadun vuoropuhelussa on nähty useita haasteita ja riskejä. Kun palveluiden tuottamista monipuolistetaan ja maakunta hyväksyy eri sektoreiden toimijoita yhdenvertaisiksi palvelujen tuottajiksi, on vaarana että esimerkiksi yksityinen taho joko ali- tai ylihoitaa asiakkaita rahoituksen lopullisesta määräytymistavasta riippuen. (Ks. esim. Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016, 19.)

## 2.4.3 Sote-uudistuksen periaatteelliset näkökulmat

Sosiaali ja terveysministeriö määrittelee sote-uudistuksen tavoitteet seuraavasti: ”*Tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuut-*

*ta sekä hillitä kustannuksia.*” Sipilän hallitus kamppailee kymmenen miljardin euron säästötavoitteen kanssa, ja sote-uudistuksen säästötavoite asettuu 30 % kokonaistavoitteesta, kolmeen miljardiin euroon vuoteen 2029 mennessä. (Sote-uudistuksen tavoitteet.) Kustannusten hillinnän lisäksi sote-uudistuksella pyritään saavuttamaan yksilön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta suotuisia vaikutuksia. Keskeisinä käsitteinä uudistuksen periaatetasolla toistuvat integraatio, valinnanvapaus, yhdenvertaisuus ja saavutettavuus. Uudistukset saavat tuekseen valinnanvapauslainsäädännön, jonka avulla turvataan asiakkaan oikeutta ja mahdollisuutta valita itse, mitä kautta palvelunsa hankkii.

Tällä hetkellä valinnanvapaus koskee terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kiireetöntä hoitoa, mikä tarkoittaa, että asiakas saa valita terveysasemansa mistä päin Suomea tahansa. Tehtyyn valintaan on sitouduttava vähintään vuodeksi, eikä valinnanvapaus koske esimerkiksi hoitohenkilökunnan valintaa. (Sinervo ym. 2016, 13–14.) Valinnanvapautta on tarkoitus laajentaa niin terveyden kuin sosiaalihuollonkin osa-alueilla. Valinnanvapauden laajentamista perustellaan asiakkaan itsemääräämisoikeudella, joka on perustuslaissa määritelty oikeus. Lisäksi valinnanvapaudella pyritään turvaamaan nopeaa hoitoon pääsyä, monipuolista palvelutarjontaa, edistämään asiakkaan sitoutumista valitsemaansa palveluun sekä parantamaan palvelun laatua ja kustannustehokkuutta. Kaikkiin valinnanvapautta koskevat periaatteelliset linjaukset mukailevat melko saumattomasti henkilökohtaistamisen ja vastuullisen asiakkuuden näkökulmia. Valinnanvapauden laajentamisessa on vielä useita ratkaisemattomia kysymyksiä, jotka koskevat muun alueellisen tasa-arvon toteutumista, menettelyjen ja määrittelyjen tarkentamista sekä asiakkaan informointia. (Valinnanvapaus.) Tutkielman kirjoittamishetkellä valinnanvapauslainsäädännön esitysluonnos on lausuntokierroksella. Yleisesti suhtautuminen valmistelun tasoon ja valinnanvapauslainsäädännön läpiviemisen aikatauluun on julkisessa keskustelussa erittäin kriittinen.

Valinnanvapaudella voidaan tarkoittaa erilaisia asioita. Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen ja Tuulikki Vehko (2016) määrittelevät valinnanvapautta erilaisten näkemysten mukaan. Valinnanvapaus *arvona* tukee asiakkaan tietoon perustuvien valintojen tekemistä, sitoutumista ja motivaatiota hoitoon sekä yhteistyön toteutumista. Valinnanvapaus *markkinoiden luomisena* johtaa puolestaan palveluiden laadun ja saatavuuden lisääntymiseen, eli kehittää palveluja. Valinnanvapautta voidaan tarkastella myös *valinnan mahdollisuuden ja valinnan tekemisen* kautta. Valinnan mahdollisuus lisää asiakkaan tyytyväisyyttä palveluun, ja näyttäytyy tutkimusten valossa tärkeämpänä ulottuvuutena kuin itse valinnan tekeminen. Valinnan tekemisen tärkeys korostuu pitkäaikaisspotilailla, joille valinnan tekeminen on mahdollisuus vaikuttaa hoitoprosessiin laajemmin. (Sinervo ym. 2016, 14–15.) Valinnanvapaudella pyritään sote-uudistuksen kontekstissa edistämään palvelujen yhdenvertai-

suuden ja saavutettavuuden periaatteita markkinoiden luomisen ja asiakastyytyvyyden parantamisen kautta. Valinnanvapautta ei voida soveltaa kaikkiin erityistason palveluihin, etenkin koska sosiaalihuollon puolella niihin liittyy usein viranomaisvaltaa ja julkisen vallan käyttöä, jotka eivät lähtökohtaisesti siirry tehtävinä maakunnilta muille tuottajille.

Integraatio on sote-uudistusta vahvasti ohjaava periaate. Integraatiolla tarkoitetaan sote-uudistuksessa palvelujen yhteensovittamista saumattomiksi palvelu- ja hoitoketjuiksi. Kari Haavisto ja Aulikki Kananoja (2016) hahmottavat integraatiota neljän variaation kautta. Integraatio voi toteutua jaottelun mukaan *promotiivisessa eli hyvinvointia edistävässä työssä*, jolloin integraatio todellistuu suunnittelun tasolla. *Preventiivisessä eli ehkäisevässä työssä* integraation avulla ammattilaiset täydentävät toistensa asiantuntijuutta, jolloin ongelmia huomataan aiemmin ja niihin voidaan puuttua ennen tilanteen kärjistymistä. *Palvelujen toteuttamisen kentällä* ammattilaiset toimivat yhdessä ja valjastavat osaamisensa asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen edistämiseen. Myös *vaihtoehtoisista interventioista* asiakkaan tarpeisiin parhaiten soveltuvan valitseminen on yksi integraation muoto. Ammattilaiset arvoivat asiakkaan tilanteen yhdessä, ja arvioinnin tuloksena asiakas ohjautuu tarpeitaan vastaavien palvelujen piiriin. (Emt., 152–153.)

Integraatio voidaan jakaa myös horisontaaliseen ja vertikaaliseen integraatioon. Horisontaalisen integraation avulla sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään konkreettisesti yhdessä. Vertikaalisen integraation avulla puolestaan perus- ja erikoistason palveluiden välille luodaan yhteistä rakennetta. Sote-uudistuksessa palvelujen tuottamisesta tulevat vastaamaan useat maakunnan hyväksymät tahot. Integraation tulee toimia siis paitsi eri palvelusektoreiden välillä, myös eri organisaatioiden ja tuottajasektoreiden välillä. Sote-uudistuksessa integraatio tarkoittaa palvelujen kokoamista maakunnan alaisuuteen, jolloin kaikkia palveluja johtaa yksi taho. Palveluiden integraation lähtökohtana on, että asiakkaan tarpeita arvioidaan kokonaisuutena ja tieto kulkee eri tahojen välillä saumattomasti. (Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio.) Tässä tutkielmassa integraatiota lähestytään sen perustavanlaatuisen reunaehdon, moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. Moniammatillinen yhteistyö on integraation käytännön taso, joskin integraatio vaatii onnistuakseen myös toimivia rakenteita, tietojärjestelmien yhteensovittamista ja suunnitelmallista palveluiden uudelleen organisoimista.

Puhuttaessa sosiaali- ja terveyspalveluista ilmiötä tarkastellaan usein jommankumman sektorin näkökulmasta. Myös tässä tutkielmassa katse kiinnittyy sosiaalipalveluihin. Heikki Hiilamo (2015, 26) huomauttaa, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuitenkin tiiviissä yhteydessä toisiinsa. Yksi-

lön ja perheen sosioekonominen asema vaikuttaa terveystalouden tarpeeseen, laatuun, saatavuuteen sekä vaikuttavuuteen, ja sosiaalipalveluilla vaikutetaan suoraan sosiaaliseen asemaan. Sosioekonominen asema aiheuttaa etenkin terveystalouden saatavuudessa epäoikeudenmukaisuutta. Heikommassa asemassa olevat eivät voi hyödyntää yksityisen sektorin palveluja ja saavat harvemmin ennalta ehkäiseviä tai terveyttä edistäviä palveluja. Myös palvelujen määrä ja tehokkuus ovat heikon sosioekonomisen aseman väestöryhmille suhteessa epätarkoituksenmukaisempia kuin paremmassa asemassa oleville. Ryhmien välillä on eroja myös osaamisen tasossa tarkasteltaessa järjestelmässä toimimista ja palvelujen kysyntää. (emt., 28–29.) Suomessa työssäkäyvä väestö hyödyntää laajalti työterveyspalveluja, jolloin perusterveydenhuoltoon ohjautuvat merkittävilta osin ikääntyneet, pitkäaikaissairaat ja työelämän ulkopuolella olevat kansalaiset. (Sinervo ym. 2016, 115.) Usein runsaasti palveluja käyttävien asiakkaiden ryhmä on yhteinen sosiaali- ja terveystalouksille, minkä vuoksi tiivis ja kokonaisvaltainen yhteistyö lisääisi työn vaikuttavuutta.

#### **2.4.4 Muita näkökulmia sote-uudistukseen**

Asiantuntijoiden suhtautuminen sote-uudistukseen on kautta linjan ollut melko varautunut ja kriittistä. Sote-uudistuksen arviointia ja seuranta toteuttaa Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksen seuranta ja arviointi (RAMU) -tutkimusohjelmalla, jonka tarkoituksena on tuottaa päätöksenteon tueksi selkeä kokonaiskuva uudistuksesta. Minna Kivipelto (2016) on Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitokselle laatimassaan ennakoarviossa eritellyt sote-uudistuksen pääpiirteitä sosiaalipalvelujen näkökulmasta. Arviossa Kivipelto korostaa epäselvyyttä järjestämisalakiluonnoksen määrittelyissä sosiaalipalvelujen osalta. Myös THL:n arviointiryhmä (2016) suhtautuu uudistukseen arvioinnissaan varauksella. Järjestämisalakiluonnoksen haasteeksi raportissa mainitaan esimerkiksi maakuntien erot suhteessa toisiinsa. Osa maakunnista on väestön ikärakenteen, palvelutarpeiden ja palvelutarjonnan osalta merkittävästi muita heikommassa asemassa. Arvioinnissa nostetaan esiin myös koulutetun ja osaavan henkilökunnan saatavuuden alueelliset erot sekä alueelliset voimavarat uudistuksen tavoitteiden mukaiseen läpiviemiseen. (Emt., 7.) Yle uutisoi helmikuun lopulla sote-uudistuksessa asiantuntijoina mukana olevien professorien laajaa huolta sote-uudistuksen valinnanvapauslainsäädännön suhteen. Huolissa korostuvat eriarvoisuuden lisääntyminen, sote-uudistuksen integraation vaarantuminen ja vaikeaselkoisuus. Yhteisenä linjauksena professorien Heikki Hiilamon, Jussi Huttusen, Martti Kekomäen, Anneli Pohjolan ja Anneli Anttosen puheenvuoroista voi lukea, että uudistuksen tiukka aikataulu on suuri riski uudistuksen tavoitteiden saavuttamiselle ja onnistuneelle toteutukselle. (Merikanto 2017.)

Anna Bendz (2015) käsittelee tutkimusartikkelissaan hyvinvointipalveluiden järjestämistavan muutosta Ruotsissa. Ruotsissa on 2010-luvulla siirrytty tietoisesti uuden julkisjohtamisen mukaiseen monituottajamalliin, jossa hyvinvointipalvelujen kentällä, etenkin terveydenhuoltopalveluissa, usea tuottaja kilpailee osuudestaan markkina-ajattelun ohjaamana. Ruotsissa terveystalouden tuottaja valitaan vapaasti julkisen tai yksityisen sektorin palveluntarjoajista, jotka on tietyin ehdoin hyväksytty mukaan palveluvalikoimaan. (Emt., 310–311.) Ruotsin malli tulee hyvin lähelle Suomessa suunnitteilla olevaa valinnanvapausmallia, vaikka palvelujärjestelmien erot ovat merkittävät. Ruotsissa terveydenhuoltopalveluista vastaavat maakäräjäalueet ja sosiaalipalveluista puolestaan kuntakenttä (Junnila & Whellams 2016, 102). Bendz pohtii tutkimuksensa perusteella kansalaisten suhtautumista valinnanvapauden lisääntymiseen. Bendz toteaa, että uudistusten läpiviennissä on kyse arvovalinnoista, jotka jakavat kansalaisten suhtautumista hyvinvointipalveluiden yksityistämiseen. Poliittisten muutosten ja yleisen reaktion välillä on yhteyksiä molempiin suuntiin. (Emt., 328–330.) Näin ollen kansalaisten ja toimijoiden osallistamista uudistusten valmisteluun voidaan pitää ensiarvoisen tärkeänä suhteessa uudistusten yleiseen hyväksyntään.

Pekka Kettunen ja Siv Sandberg (2014) ovat tarkastelleet sote-uudistusta pohjoismaisesta näkökulmasta. He näkevät uudistuksessa tehtävän rajanvetoa kahden eri aihealueen osalta. Yhtäältä sote-uudistuksessa määritetään sosiaali- ja terveydenhuollon välistä suhdetta, toisaalta kyse on valtion ja kuntien suhteen uudelleen linjauksesta. Sote-uudistuksen tavoitteena on yhdistää erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kokonaisuudeksi, joka mahdollistaa toimivat palveluketjut. Samalla kuntien vahvaa päätösvaltaa vähennetään merkittävästi ja palveluiden tuottaminen keskittetään maakuntiin. (Emt., 215–216.) Kettunen ja Sandberg suhteuttavat Suomen sote-uudistusta muiden Pohjoismaiden, Norjan, Ruotsin ja Tanskan järjestelmiin. Päätösvallan ja palveluiden tuottamisen keskittämis-hajauttamis -keskustelu on ollut läsnä kaikissa tarkastelluissa maissa 2000-luvulla. Samankaltaisista kysymyksenasetteluista riippumatta on maiden välillä päädytty sangen erilaisiin ratkaisuihin, joskin keskittäminen on ollut yhteinen nimittäjä kaikissa maissa. Mielenkiintoiseksi vertailun tekee se, että keskittämistä on toteutettu nimenomaan terveydenhuollon alueella, kun taas sosiaalihuolto on kaikissa tarkastelluissa pohjoismaissa edelleen kuntien vastuulla. Esimerkiksi Tanskassa vuonna 2007 toteutetun rakenneuudistuksen myötä päävastuu sosiaalihuollon palvelusta siirtyi maakunnilta kunnille, eli rakenteita hajautettiin. (Emt., 217–219.)

Vuosituhaten taitteessa Bob Hudson (1999) tarkasteli sosiaali- ja terveystalouden yhteistoimintaa Iso-Britanniassa. Moniammatillisen yhteistyön syventäminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon raja-aitojen madaltaminen näyttäytyi ajankohtaisena, kun Iso-Britanniassa käytiin keskustelua sosiaali-

li- ja terveyspalveluiden yhdistämisestä ja yhteisestä budjetoinnista. (Emt., 359–360.) Englannissa onkin käytössä henkilökohtainen budjetti, jonka puitteissa asiakas tekee sote-palveluihin liittyviä valintoja verrattain itsenäisesti aktiivisena toimijana läpi elämänsä (tarkemmin Englannin järjestelmästä ks. Junnila & Whellams 2016, 73–100). Hudsonin artikkelissa todetaan, että sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyön syventäminen edellyttää ymmärrystä yhteistyön tavoitteista ja selkeää näkemystä siitä, mihin muutoksilla pyritään. Artikkelissa tarkasteltiin aiempien yhteistoimintapilotoitien tuloksia ja havaittiin, että terveydenhuollon henkilöstö suhtautuu myönteisesti ”omaan” sosiaalityöntekijään, mutta laajempi yhteistyö ja raja-aitojen ylittäminen ei ole ongelmatonta. Lisäksi piloteissa oli havaittu huolta sosiaalipalvelujen taloudellisten edellytysten heikkenemisestä ja roolista yhteistoiminnassa. Toiminnallisen yhteistyön muodostuminen edellyttää artikkelin mukaan sekä aikaa muutosten prosessointiin että alueellisten toimijoiden erityispiirteiden huomioon ottamista. (Hudson 1999, 364–366.)

#### **2.4.5 Terveys- ja sosiaalityö ja Yhdysvaltojen terveydenhuoltouudistus**

Terveys- ja sosiaalityön näkökulmasta sote-uudistusta ei ole Suomen viitekehyksessä tarkasteltu. Yhdysvalloissa vuonna 2010 aloitetun terveydenhuoltouudistuksen yhteydessä sosiaalityötä ja terveys- ja sosiaalityötä on tarkasteltu enemmän. Useat tarkastelun näkökulmat ovat yhteen sovitettavissa sote-uudistuksen integraatiotavoitteen kanssa. Yhdysvalloissa 2010-luvun taitteessa voimaan tullut ACA-laki (*Patient Protection and Affordable Care Act*; tunnetaan myös nimellä *Obamacare*) korostaa terveydenhuollon potilaan kokonaisvaltaista kohtaamista ja psykososiaalisten tekijöiden huomioimista hoidon kokonaisuudessa, vaikka integraatio ei sinänsä olekaan ollut uudistuksen keskeinen elementti. Elizabeth Horevitz ja Peter Manoleas tarkastelevat tutkimusartikkelissaan sosiaalityöntekijöiden osaamista ja valmiuksia toimia terveydenhuollossa. (Horevitz & Manoleas 2013, 753.) Artikkelin tarkasteleman terveydenhuollon osa-alueen yhteydessä integraatio on toteutettu somaattisen ja psykiatrisen terveydenhuollon yhdistymisen kautta, eikä sosiaalihuolto ole lähtökohdaisesti ollut osa yhteistoimintaa. Yhdysvalloissa käyttäytymisterveyden asiantuntijoina terveydenhuollon yksiköissä toimii psykologien lisäksi kuitenkin myös kliinisen sosiaalityön ammattilaisia, jotka toimivat myös Horevitzin ja Manoleasin tutkimuksen informantteina. (Emt., 757–758.) Tutkimuksessa havaittiin, että sosiaalityöntekijät kokivat koulutuksensa tarjoavan valmiuksia integroiduissa terveystaloksissa työskentelyyn. Kuitenkin työssäoppiminen ja täydennyskoulutus näyttäytyivät erittäin merkittävinä tekijöinä ammatillisen osaamisen kehittymisen kannalta. Tutkimusartikkelissa todetaan, että sosiaalihuollon toimiminen aiempaa vahvemmin myös terveydenhuollon si-

sällä edellyttää peruskoulutuksen kehittämistä vastamaan integroitujen palvelujen osaamistarvetta. (Emt., 766–768.)

ACA-lain toimeenpanon yhteydessä integraatiota toteutettiin myös laajemmin. Erityisesti sosioekonomisesti heikossa asemassa oleville alueille perustettiin terveysasemia (*Health Centers*), joista on mahdollista saada sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon osaamiseen kuuluvia palveluja (Lohmeir & Saunders 2016, 9). Nämä terveysasemat näyttäytyvät samansuuntaisina kuin soteuudistuksen yhteydessä perustettavat sote-keskukset. Heidi Allennin (2012, 183) esittää artikkelissaan, että laajat terveydenhuollon yksiköt hyötyvät sosiaalityön osaamisesta ja sosiaalihuollollisesta lähestymistavasta, sillä väestön terveysongelmien syyt ovat usein osin sosiaalisia. Allen peräänkuuluttaa sosiaalityön roolia integraation syventämisessä. Sosiaalityön orientaatiolla voidaan rakentaa siltaa yksilön mielen ja kehon välille, ottaa huomioon potilaan tilanne kokonaisuutena sekä varmistaa palvelujen saumattomuutta. Allennin (2012) artikkeli tuottaa terveys- ja sosiaalityöerityisen näkökulman integraatioon ottamalla kantaa terveydenhuollon sisäisen sosiaalityön merkitykseen ja rooliin palvelualojen välisten rajojen madaltamisessa.

Heidi Allen (2012) huomauttaa, että kun terveydenhuollon uudistusta toteutetaan kapitaatiomaksujen kautta, saattaa palveluntuottaja sivuuttaa sosiaalihuollon osaamisen ja keskittyä terveystalouden tuottamiseen taloudellisen hyödyn turvaamiseksi. Sosiaalihuollollisen osaamisen varmistaminen on kuitenkin oleellinen osa terveydenhuollon uudistuksen onnistumista, jolla tavoitellaan lähtökohteisesti väestön kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. (Emt., 184–186.) William Spitzer, Ed Silverman ja Karen Allen (2015) huomauttavat, että terveydenhuollossa sosiaalityö toimii vieraskentällä ja on ymmärrettävää, etteivät sosiaalityö, sen arvot ja tavoitteet näyttäyty prioriteetteina terveydenhuollon organisaation toiminnassa. Tämä ei tarkoita, etteikö sosiaalityöllä olisi paikkaa terveydenhuollossa, mutta edellyttää kuitenkin sosiaalityöntekijöiltä sensitiivisyyttä, strategisuutta ja kompetenssia toiminnassaan. Erityisesti tarve sosiaalityön oman paikan löytämiselle terveydenhuollon organisaatioissa on korostunut terveydenhuoltouudistuksen yhteydessä. Uudistusten voidaan määritellä olevan luonteeltaan ammatillisen identiteetin uudelleenmäärittelyn paikkoja. (Spitzer ym., 2015.)

Michael Reisch (2012, 873–880) kuvaa artikkelissaan terveys- ja sosiaalityön historiaa ja kehitystä Yhdysvalloissa. Hän toteaa 1990-luvulla toteutetun terveydenhuollon järjestelmän hajauttamisen johtaneen terveys- ja sosiaalityöntekijöiden roolin ja toimien kaventumiseen. Pääasiallinen syy terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön heikentämiseen on ollut kustannustehokkuuden lisääminen. Yhdys-



vallat kohtaavat lähitulevaisuudessa samansuuntaisia haasteita, jollaisiin myös suomalainen sote-uudistus pyrkii vastaamaan. Väestön ikääntyminen, sitä kautta huoltosuhteen muutokset ja väestön eriarvoistuminen aiheuttavat paineita hyvinvointijärjestelmän kehittämiseksi (emt., 880–882). ACA-uudistuksen mahdollisiksi vaikutuksiksi terveysosastoille Reisch määrittää työn terveydenhuollollisen orientaation vahvistumisen, henkilöstön vähennykset tai työmäärän kasvun ja sosiaalitoimen asianajotehtävän korostumisen sekä organisaatioiden välisen yhteistyön lisääntymisen (2012, 886). Reisch (2012, 887) toteaa artikkelissaan, että uudistus edellyttää terveysosastolta aiempaa rajatumpaa ja tarkemmin määriteltä tehtäväkuvaa.

Megan Moore, Eve Ekman ja Martha Shumway (2012) ovat tarkastelleet sosiaalitoimen roolia päivystyksiköiden toiminnassa. Yhdysvalloissa terveydenhuollon päivystyksen potilaista suurella osalla on havaittavissa myös psykososiaalisista syistä aiheutuvia sosiaalihuollon tarpeita, mutta vain pieni osa potilaista (0,7 %) ohjautuu sosiaalitoimen arvioon päivystyskäynnin yhteydessä. Moore, Ekman ja Shumway huomauttavat, että päivystystilanne saattaa olla potilaan ainoa kontakti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään, minkä vuoksi se on myös keskeinen sosiaalitoimen toimikenttä. Yhdysvalloissa päivystyksen sosiaalitoimijat on erityisesti koulutettu sosiaalisten ja terveydellisten tekijöiden yhteyksien huomioon ottamiseen sekä toteuttamaan näihin tekijöihin kohdistuvia interventioita. Näin toimijoidella on hyvät valmiudet työskennellä terveydenhuollon päivystyksessä. (Emt., 140–141.) Riskinä päivystyksessä toimimisessa tosin nähdään, että sosiaalitoimijoille siirretään herkemmin vaikeita asiakastapauksia sekä monimutkaisia ja moniammatillista yhteistyötä edellyttäviä kotiuttamistilanteita, jolloin sosiaalitoimille lankeaa ”kaatoluokan” rooli. Oleellista olisi kuitenkin havaita sosiaalitoimen orientaation kokonaisvaltaista hoitoa mahdollistava näkökulma terveydenhuollon päivystystilanteissa. (Emt., 145; 147.) Tässä yhteydessä on huomattava, että Yhdysvalloissa päivystyksen asiakkaina on paljon muun muassa kodittomia henkilöitä. Suomessa sosiaalisiin ongelmiin puututaan julkisen vallan taholta laajemmin kuin Pohjois-Amerikassa, joka ei edusta pohjoismaista hyvinvointivaltiomallia, vaan rakentuu järjestelmänä henkilökohtaisten vakuutusten varaan ja korostaa voimakkaammin individualismia ja yksilönvastuuta.

Edellä esiteltyjä terveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen liittyviä näkökulmia ei voi suoraan siirtää kotimaisen sote-uudistuksen yhteyteen, mutta niistä voi vetää jäljiä yhteyksiä myös kansallisen uudistuksen läpiviennissä terveysosastoille näkökulmasta huomionarvoisiin tekijöihin. Yhdysvalloissa toteutettu uudistus on koskettanut lähtökohtaisesti terveydenhuoltoa, ja sen vaikutuksia sosiaalitoimelle on tarkasteltu nimenomaan terveydenhuollossa tehtävän sosiaalitoimen näkökulmasta. Uudistuksessa on kuitenkin yhtymäkohtia, kuten taloudelliset vaikuttimet, väestökehityksen aiheuttama paine

palvelujärjestelmän kehittämiseksi sekä palvelujen rahoituksen kapitaatioperustaisuus. Yhdysvalloissa toteutetun terveydenhuollon uudistuksen terveystaloudelle aiheuttamia vaikutuksia pohtimalla voidaan saada näkemystä myös siihen, miten sote-uudistus voi mahdollisesti vaikuttaa terveydenhuollossa tehtävään sosiaalityöhön. Suomessa palvelurakennemuutos toteutetaan terveydenhuollon lisäksi sosiaalihuollon uudistuksena ja toivottavaa onkin, että sosiaalihuollon kokonaisuus, myös sosiaalityö, otetaan laajalti huomioon uudistuksen valmistelussa.

### 3 TERVEYSSOSIAALITYÖ ERITYISALANA

#### 3.1 Terveyssozialityön historia

Terveysisäret tekivät 1900-luvun alussa kotisairaanhoidon yhteydessä sosiaalista työtä potilaan elämäntilanteen parantamiseksi. Sairaanhoidajakoulutus ei kuitenkaan tarjonnut riittäviä valmiuksia työnkuvan laajentamiseen kokonaisvaltaisempaan suuntaan, ja näin todettiin tarve sosiaalityön koulutukselle ja sosiaalisen ammattilaisille hoitotyössä. (Lindén 1999, 37.) Eila Sundman (2014, 7) toteaa suomalaisen terveyssozialityön saaneen alkunsa vuonna 1923, kun ylihoitaja Mannerheim totesi Helsingin kirurgisen sairaalan terveydenhuollossa olevan tarvetta aiempaa laajemman huomion kiinnittämiseen potilaiden elämäntilanteisiin ja sairaalajakson jälkeiseen selviytymiseen. Lastensairaалassa sosiaalihoitaja oli nimetty tehtäväänsä kuitenkin jo ennen tätä, vuonna 1921 (Kananoja ym. 2011, 291). 1920-luvulla sairaaloissa alkoi vähitellen toimia sosiaalihoitajia, joiden tehtävät keskittyivät potilaan huolien selvittämiseen, asiointiin omaisten kanssa sekä menehtyneiden potilaiden asianmukaisesta saatosta huolehtimiseen (Lindén 1999, 38–39). Lisäksi sosiaalihoitaja avusti lääkäriä potilaan kotiolojen ja elämäntilanteen selvittämisessä. Sosiaalihoitaja antoi lääkärielle potilasta koskevia lisätietoja, jotka vaikuttivat hoitopäätöksiin. Hoitopäätösten jälkeen sosiaalihoitaja oli yhteydessä hoitoon osallistuviin yhteiskunnallisiin laitoksiin ja potilaan kotiin. (Emt., 41–43.)

Sosiaalihoitajilla ei kuitenkaan 1920–1930-luvuilla ollut vakiintunutta, yhtenäistä tehtäväpohjaa, vaan sosiaalihoitaja joutui usein hoitamaan kaiken sen, mitä ei voitu delegoida suoraan tietyn ammattilaisen erityisosaamiseen piiriin (Lindén 1999, 45). Varsinaisen ammatillisen terveyssozialityön voidaan nähdä saaneen alkunsa vuonna 1945 käynnistyneestä sosiaalihoitajakoulutuksesta (Toikko 2005, 156), joskin koulutus oli alkujaan muutaman kuukauden pituinen kurssi sairaanhoitajille (Lindén 1999, 46–47). Sosiaalihoitajien koulutuksessa hyödynnettiin henkilökohtaisen huollon menetelmää, case workia. Sosiaalihoitajat työskentelivät sairaaloissa tukien potilaiden hoitoa sosiaalisesta näkökulmasta ja hoitaen taloudelliseen sosiaaliturvaan liittyviä asioita. (Emt., 30.) Timo Toikon (2005, 163) mukaan sosiaalihoitajan tehtävänä oli ”*selvittää potilaiden arkielämään kuuluvia asioita*”. Tultaessa 1950-luvun loppupuolelle sosiaalihoitajat kokivat ammatillista epävarmuutta ja hajanaisuutta sosiaalijohdon puuttuessa sairaaloista. Lisäksi sosiaalihoitajina toimi tässä vaiheessa jo kunnallisen sosiaalihoitajakoulutuksen saaneita, joilta puuttui terveydenhuollon pohjakoulutus.

Näin myös yhtenäisen koulutuspohjan ja yhteisen näkemyksen puuttuminen toivat ammattikunnalle omat määrittelyjen vaikeutensa. (Lindén 1999, 49.)

Myös 1960-luvulta alkanut hyvinvointiyhteiskunnan rakentaminen muutti terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön luonnetta, kun tautikeskeisyydestä siirryttiin ennaltaehkäisyyn ja terveyden ylläpitämisen ajatuksiin. Muutos vahvisti sosiaalityön kokonaisvaltaisen näkemyksen asemaa sairaalan lääketieteellisessä ympäristössä. Asiantuntemusta tarvittiin myös laajentuvan sosiaaliturvajärjestelmän hyödyntämiseen. (Lindén 1999, 50–51, vrt. kpl 2.1.) Viimein vuonna 1975 hajanainen ja monipolkuinen sosiaalihoitajakoulutus lopetettiin. Koulutus siirtyi korkeakouluihin ja sosiaalityöntekijän nimike sai virallisen aseman, joskin terveydenhuollon sosiaalityöntekijät valmistuivat pääasiassa sosiaalihuoltajalinjalta. Vuodesta 1986 alkaen sosiaalityöntekijöiden koulutus yhtenäistettiin niin, ettei terveydenhuoltoon koulutettu erikseen sosiaalisen asiantuntijoita, vaan koulutus tarjosi laajan pohjan yhteiskunnalliseen osaamiseen ja sosiaalityöntekijät valmistuivat yhteiskunta- ja sosiaalipoliittikan koulutusohjelmista. (Lindén 1999, 52.) Tämän jälkeen koulutuksen kehityskulku on seurannut sosiaalityön yleisiä polkuja, mutta terveys- ja sosiaalityö käytännön erityisalana on rakentunut erityisen asiantuntemuksen varaan.

### 3.2 Terveys- ja sosiaalityön paikat ja tehtävät

Terveys- ja sosiaalityötä käsiteltäessä käytän sekä potilaan että asiakkaan käsitteitä. Sairaalassa puhutaan usein potilaista, kun taas sosiaalityölle luonteenomaista on mieltää kohdattavat potilaat asiakkaiksi. Käytän käsitteitä kulloiseenkin tilanteeseen luontevammin soveltuvalla tavalla. Kappaleessa avaan terveys- ja sosiaalityötä suomalaisessa viitekehyksessä. Sote-uudistus toteutetaan kansallisena uudistuksena lainsäädännön ja palvelurakenteiden suhteessa, joten kotimaisen terveys- ja sosiaalityön, sen määritelmän, sisältöjen ja lähtökohtien tunnistaminen on tarpeellista. Keskityn seuraavassa pääasiassa erikoissairaanhoidossa tehtävään terveys- ja sosiaalityöhön, sillä se on vakiintunut terveys- ja sosiaalityön ala ja toimii tutkielmani aineiston kontekstina. En kuitenkaan pyri systemaattisesti erottelemaan eri tasoilla tehtävää terveys- ja sosiaalityötä, sillä ne mielletään alaa koskevassa kirjallisuudessa useimmiten yhdeksi terveys- ja sosiaalityön kokonaisuudeksi.

Teen tässä kohtaa selvän eron terveys- ja sosiaalityön ja sosiaalipäivystyksen välille. Terveys- ja sosiaalityötä tehdään saman lainsäädännön, osaamis- ja arvoperustan sekä päämäärien pohjalta kuin sosiaalityötä yleensäkin. Se kuitenkin eroaa yleisestä (ns. *kunnallisesta / yhdennetystä*) sosiaalityöstä sekä kontekstinsa että tehtäviensä osalta. Tutkielman analyysiosissa kunnallisen sosiaalitoimen tehtävistä

korostuu sosiaalipäivystys, joka on myös erityistä osaamista vaativa sosiaalityön alue. Sosiaalipäivystystä järjestetään usealla eri tavalla, mutta yhteistä kaikille käytännöille on, että sosiaalipäivystyksen tehtävänä on vastata kuntalaisten kiireellisen avun ja tuen tarpeeseen kriisi- ja hätätilanteissa. Sosiaalipäivystyksessä korostuvat virka-ajan ulkopuolisuus ja työn liikkuva luonne kotikäyntien muodossa, vaikka päivystystyötä toteutetaan myös virka-aikaan. Sosiaalipäivystyksellinen työ vaatii kriisityön osaamista, kykyä kokonaisvaltaisen tilannearvion tekemiseen mahdollisesti vähäisen tiedon pohjalta, sekä päätöksentekoa tehdyn arvion perusteella. (Kiireellinen sosiaalipalvelu... 2005, 13–14; 19.) Sosiaalipäivystys ja terveys sosiaalityö eroavat toisistaan lähtökohtaisesti merkittävällä tavalla.

Terveys sosiaalityötä tehdään usein ympäristöissä, joissa sosiaalityö itsessään toimii marginaaliroolissa. Terveys sosiaalityötä tehdään sairaaloissa niin somatiikan kuin psykiatriankin vastuualueilla, kuntoutuslaitoksissa ja perusterveydenhuollossa, joissa kaikissa vallitsee voimakkaana biomedikaalinen eli lääketieteellinen diskurssi. Tämän diskurssin valta-asema edellyttää sosiaalityöltä ammatilana joustoa ja sitoutumista sille lähtökohtaisesti vieraaseen tapaan sanallistaa ja hahmottaa todellisuutta. Toisaalta sosiaalityö voi myös hyötyä ympäristössä vallitsevan diskurssin käytöstä ja vahvistaa sen kautta asemaansa sekä fyysisen ja psyykkisen tuntijana että sosiaalisen asiantuntijana. Sosiaalityöntekijä voi tietoisesti hyödyntää ammattieettisesti kestävämpää kokonaisvaltaista ihmis käsitystä ja tarjota sitä kautta asiakkaalle muutakin kuin potilaan roolia. (Healy 2014, 35–41; Metteri 2014, 300–301.) Tällaista valtakurssin ja vallitsevien käytänteiden vastustamisesta voidaan kuvata myös käsitteellä positiivinen häiriköinti (Laine 2014).

Erilaisissa terveydenhuollon ympäristöissä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden määrää arvioidaan laajalla hajonnalla. Metterin arvion mukaan alalla toimii tuhatkunta sosiaalityöntekijää (2014, 298), myös Kananoja (2016, 349) arvioi terveys sosiaalityöntekijöiden määräksi noin tuhat työntekijää. Hallituksen esityksessä (224/2016) terveys sosiaalityöntekijöiden määräksi arvioidaan 600–650 henkilöä. Erot arvioissa saattavat johtua siitä, että suuremmissa luvuissa on otettu huomioon myös järjestötoimijat. Perusterveydenhuollossa sosiaalityö on vähäistä ja sosiaalityöntekijöiden määrä sen sisällä niukka (Metteri 2014, 298; Pylväs 2003, 64). Kuntoutuspuolella kuntoutusohjaajat ovat tavanomaisempi ammattiryhmä kuin sosiaalityöntekijät, vaikka myös sosiaalityön ammattilaisia työskentelee kuntoutuksen kentällä (Kananoja ym. 2011, 292; Koikkalainen & Sjöblom 2014). Aulikki Kananoja (2016, 350) pohtii sote-uudistuksessa toteutettavan sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation vaikutusta terveys sosiaalityön tehtävä rakenteelle ja esittää,

että myös terveydenhuollon sosiaalityössä on pohdittava mihin tehtäviin vaaditaan sosiaalityöntekijän pätevyyttä, ja mitä tehtäviä voisi siirtää sosionomien osaamisen piiriin.

Terveys­sosiaalityön paikka on haastava määritellä, sillä sitä tehdään useissa eri tason organisaatioissa, minkä lisäksi terveys­sosiaalityön asiakkaat kuuluvat väestön kaikkiin ryhmiin. Keinoja eritellä terveys­sosiaalityön kenttiä on jakaa ne organisaation mukaan perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon, psykiatrian poliklinikkoihin sekä kuntoutusyksiköihin. Toinen tapa jäsentää ammat­tikenttää on jakaa terveys­sosiaalityöntekijät asiakasryhmän mukaan, mikä puolestaan tuottaa luke­mattoman määrän eri-ikäisiä, erilaisia palveluja tarvitsevia ja eri sairauksien kanssa eläviä asiakasryhmiä. Olen tässä yhteydessä päätnyt jaottelemaan terveys­sosiaalityön paikkoja organisatorisen ympäristön mukaan. Sosiaalityön erityisosaaminen tunnustetaan vahvimmin erikoissairaanhoidon ympäristössä, eli käytännössä sairaaloissa. Sairaaloissa sosiaalityötä tehdään niin somaattisella kuin psykiatrisellakin puolella. Erikoissairaanhoidon toteutuu sekä laitos- että avohoidon. Etenkin psykiat­rian puolella laitoshoidon on purettu ja avohoidon asemaa vahvistettu jo 1980-luvun alkupuolelta lähtien (Kantola 1997, 199).

Terveys­sosiaalityöltä vaaditaan joustavuutta niin terveydenhuollon kuin kunnallisen sosiaalityönkin suuntaan. Terveydenhuollon palvelut, ja niiden mukaan myös terveys­sosiaalityön kentät, jaetaan selkeästi perus- ja erikoistason palveluihin. Terveys­sosiaalityötä tehdään terveydenhuollon puitteis­sa ja osittain myös sen tavoitteiden mukaisesti, mutta potilaan terveys- ja sosiaalipalveluiden tarve ei ole läheskään aina samantasoista. Terveydenhuollossa toimiva sosiaalityöntekijä tuo potilaan suunnitelmalliseen hoitoon sosiaalisen näkökulman, toimii palvelujärjestelmän asiantuntijana sekä linkkinä palveluiden ja arjen välillä. Sosiaalityöntekijältä vaaditaan perusymmärrystä potilaan ter­veydentilasta ja sairauden etiologiasta. Se, että terveys­sosiaalityöhön kuuluu oleellisena osana pe­rusymmärrys lääketieteellisistä tekijöistä ja diagnostiikasta erottaa sen yleisestä sosiaalityöstä. Yh­tenäinen yliopistokoulutus ei tuota tarvittavaa osaamista, vaan terveys­sosiaalityö on asiantuntijuus­deltaan ainutlaatuinen ja laaja kokonaisuus. (Vrt. Pylväs 2003, 29–31.) Kyösti Raunio (2009, 54) kuvaa terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä palvelujen piiriin ohjaavana ja neuvovana työnä, ei itsessään palveluja tuottavana ja toteuttavana. Myös ohjaus- ja neuvontatehtävissä vaaditaan kuitenkin osaamista laajan tilannearvion tekemiseen ja palveluiden asiantuntijuuteen (emt). Potilaan kotikunta vastaa asiakkaan etuuksien ja palveluiden järjestämisestä, jolloin sairaalan sosiaalityöntekijän tehtä­väksi jää viimeistään kotouttamisvaiheessa toteutettava palvelujen piiriin ohjaaminen (Pylväs 2003, 32). Sosiaalityön asiantuntijuus sairaaloissa rakentuu Maria Pylvään (2003, 34–35) mukaan asiak­kaan tarpeista lähtevistä asiakastyön sisällöistä, yhteistyöstä sairaalan muiden ammattilaisten kanssa

ja yhteistyöstä sairaalan ulkopuolelle sekä palveluverkoston että epävirallisten tahojen, kuten asiakkaan lähiverkoston kanssa.

Terveyssozialityön lähtökohdaksi Lindén (1999, 55) määrittää ”*kokonaisnäkömyksen sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä*”. Terveyssozialityön nimikkeistössä (2007) terveyssozialityön tehtäviksi määritellään (1) sosiaalinen arviointi ja suunnittelu, (2) sosiaalisen toimintakyyn tukeminen, (3) yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö, (4) asiantuntija- ja koulutustehtävät sekä (5) hallinto ja kehittäminen. Tehtäväkuva nähdään siis nykyään paljon laajempaan kuin ammattialan syntyä koina. Terveyssozialityöntekijältä vaaditaan osaamista asiakkaan tilanteen tavoitteelliseen arviointiin, psykososiaaliseen tukityöhön ja laajaan palvelujärjestelmäosaamiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön ja asianajoon, yhteiskunnallisen vaikuttamisen asiantuntijuuteen sekä työn kehittämiseen. (Terveyssozialityön nimikkeistö 2007.) Anna Metteri (2014, 299) täydentää terveyssozialityön tehtäviä lisäämällä niihin verkostotyön lisäksi moniammatillisen tiimityön sekä kriisityön suoran asiakastyön muotona. Rauni Korpelan (2014, 132) tutkimusartikkelissa todetaan, että terveyssozialityöntekijät itse kokevat psykososiaalisen tuen ja verkostotyön alikäytetyiksi osaamisalueikseen, joskaan tulokset eivät ole tutkimuksen suppean aineiston vuoksi kovin yleistettäviä.

Tutkimuksessaan Pylväs (2003, 47–54) määrittelee erikoissairaanhoidon sosialityön asiantuntijuutta sairaalan sosialityöntekijöiden tuottaman tiedon pohjalta. Toimintaympäristönä sairaala vaikuttaa sosialityöhön muun muassa aikapaineina, työpäivän suunnitelmallisen rakentamisen haastavuutena sekä ammattiryhmien hierarkiana. Sairaalan sosialityössä asiakasryhmä on hyvin heterogeeninen. Somatiikan alueilla diagnoosi määrittää asiakkuuden, mutta muita yhdistäviä tekijöitä, kuten esimerkiksi ikä, elämäntilanne tai sosioekonominen asema, ei välttämättä ole. Asiakkaana on ihmisiä elämänsä kaiken kirjoilta, mikä edellyttää myös laajaa erikoisryhmille suunnattujen palvelujen tuntemusta. (Emt.) Näin ollen myös yksilöllinen, vuorovaikutukseen perustuva kokonaistilanteen kartoitus on oleellinen osa terveyssozialityötä sairaalassa. Asiakastyön asiantuntijuus liittyy monenlaisiin kysymyksiin koskien muun muassa taloutta ja toimeentulon turvaamista, akuutista kriisistä selviytymistä sekä psykososiaalista tukea. Psykososiaalinen tuki on kriisityön jälkeen toteutettava pitkäjänteistä työtä, jossa tuetaan potilaan ja lähipiirin toimintakykyä uudessa elämäntilanteessa (Grönfors 2012, 196). Haasteita sairaalan sosialityölle luovat niinkin arkiset asiat kuin suoritteiden kirjaaminen ja asiakkaan kanssa keskustelemiseen soveltuvien tilojen hankkiminen. Kaikki potilaat eivät tarvitse sosialityön palveluja, mutta terveyssozialityötä myös alikäytetään. Terveyssozialityö on sairaaloissa alikäytetty voimavara kahdesta syystä. Aikapaineet, lyhentyneet hoitoajat sekä terveyssozialityön resursointi johtavat siihen, ettei sosialityöntekijä pysty kohtaamaan kaikkia so-

siaalityön palveluja tarvitsevia potilaita. Asenteisiin liittyen sosiaalityön alikäyttö sairaalassa kytkeytyy ammattialaan liitettyyn leimaavaan luonteeseen sekä siihen, etteivät muut sairaalan ammattilaiset aina tunnista sosiaalityön tarvetta. (Pylväs 2003, 48–56.)

Terveys­sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta voidaan hyödyntää moniammatillisessa työryhmässä ja yhteistyötahojen päätöksentekoprosesseissa. Terveys­sosiaalityöntekijältä puuttuu viranomaisvalta, eli terveys­sosiaalityöntekijä ei tee etuuksia ja palveluja koskevia päätöksiä. Tämä mahdollistaa osaltaan asiakkaan asianajon sosiaalisten ja taloudellisten oikeuksien toteuttamiseksi sitä vaativissa tilanteissa. (Metteri 2014, 302.) Terveystenhuollossa tehtävässä sosiaalityössä työntekijän pitää tuntea laajasti erilaisiin lakeihin ja sosiaaliturvaan liittyviä säädöksiä. Sairaalan sosiaalityöntekijältä odotetaan välillä kaikkiin sosiaalityön alueisiin liittyvää tietoa, sillä asiakkaiden tilanteet ja tarpeet eroavat toisistaan laajalti. Sosiaaliturvan lisäksi terveys­sosiaalityöntekijällä tulee tilanteen mukaan olla osaamista niin lastensuojelullisista asioista, kuntoutuksesta kuin päihdehuollostakin. Terveys­sosiaalityöntekijät kokevat kuitenkin alakohtaisen erityisosaamisen ja lisäkoulutuksen tarpeellisenä työvälineenä toimiessaan omilla osastoillaan, laaja yleisosaaminen ei yksinomaan riitä. (Pylväs 2003, 69–78.) Aulikki Kananoja (2016) huomauttaa, ettei sosiaalityön asiantuntijuuden tarve muodostu ainoastaan lääketieteellisen diagnoosin perusteella hoidon tueksi, vaan sosiaaliset syyt voivat vaikuttaa myös sairauden tai vamman taustalla. Kun hoidon tarve muodostuu psykososiaalisten ongelmien tai elämäntapojen takia, tulee sosiaalityöntekijän varmistaa, että sosiaaliset tekijät otetaan riittävässä määrin huomioon myös hoidon suunnittelussa. (Emt., 348–349)

Tässä tutkielmassa terveys­sosiaalityön ydintehtäviksi ymmärretään edellä mainittujen määrittelyjen perusteella sosiaalisen asiantuntijuus terveydenhuollon toimintaympäristössä sekä monipuolinen vaikuttaminen. Vaikuttaminen ilmenee suorassa asiakastyössä asiakkaan tilanteeseen vaikuttamisena, asianajona, ohjauksena ja neuvontana, palvelujen koordinoituna ja asiakkaan hyvinvoinnin ja selviytymisen turvaamisena sairastumisen kriisin keskellä. Vaikuttaminen laajemmin liittyy kokonaisvaltaisen näkemyksen tuottamiseen terveydenhuollon lääketieteellisissä diskursseissa, yhteiskunnallisena vaikuttamisena esimerkiksi alueellisten epäkohtien tietoon saattamisessa sekä palvelujen kehittämiseen liittyvänä vaikuttamisena.

### **3.3 Terveys­sosiaalityö moniammatillisena toimintana**

Moniammatillisen työn lähtökohtana on ajatus siitä, ettei yhden ammattilaisen asiantuntemus yksinomaan riitä asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen haasteisiin vastaamisessa (Allison 2007, 565).



Moniammatillinen toiminta voidaan jakaa sen syvyyden ja toteuttamistavan mukaan kolmen eri käsitteen alle. Moniammatillisessa yhteistyössä (*multiprofessional*) eri ammattiryhmien edustajat lähestyvät asiakkaan tilannetta omasta näkökulmastaan oman asiantuntijuutensa ohjaamana. Tietoa jaetaan tarpeen mukaan, mutta pääasiassa työ toteutuu ammattilaisten rinnakkaisena työskentelynä. Ammattien välisessä yhteistyössä (*interprofessional*) ammattirajat ovat edelleen olemassa, mutta ammattien välillä on myös yhteisiä osaamisalueita. Tiedon jakaminen ja muilta oppiminen on tavoitteellisempaa ja työllä on yhteiset tavoitteet. Poikkiammatillinen yhteistyö (*transprofessional*) ylittää ammatilliset rajat, ja ammattilaisten tiimityö ja keskinäinen luottamus on tiivistä. Tietoa jaetaan ja oma ammattitaito mielletään osaksi tiimin kokonaisosaamista. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 394–397.) Tässä tutkimuksessa käytetään yleisesti käsitettä moniammatillinen toiminta, ja se ymmärretään rakenteellisen integraation toiminnallisena käytännön tasona. Käsitän moniammatillisuuden sekä yksilöjen toimintana, joka edistää asiakkaan palvelukokonaisuuden toimivuutta, että yksilöiden välisenä yhteistyönä. En käytä tutkielmassa moniammatillisen toiminnan käsitteellistä jakoa, mutta tunnistan moniammatillisen toiminnan toteuttamisessa olevan eriasteisia variaatioita.

Moniammatillisuus ei rajoitu terveyssosiaalityössä vain sairaalan sisäiseen toimintaan, vaan yhteistyötä tehdään myös oman organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa. Moniammatillisen yhteistyön tarve kytkeytyy osaamisvaatimusten ja tietomäärän laajentumiseen sekä asiakkaiden monipuolistuneisiin ongelmiin, jolloin ratkaisuja löytyy harvoin vain yhden ammattilaisen voimin (Isoherranen 2012, 10). Moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana on palvelujen koordinoiminen asiakkaan kannalta toimivaksi kokonaisuudeksi. Asiakas on myös keskeinen toimija moniammatillisessa yhteistyössä edustaessaan oman elämänsä asiantuntijuutta (Leiba & Weinstein 2004, 36). Tässä tutkielmassa moniammatillista yhteistyötä tarkastellaan kuitenkin ammattilaisten välisenä yhteistyönä. Yhteissuunnittelun ja -toteutuksen avulla päällekkäistä työtä voidaan vähentää ja asiakas saa tarvitsemansa palvelut tarkoituksenmukaisesti järjestettyinä. (Kantola 1997, 201.)

Colin Whittington (2004, 23–26) hahmottaa moniammatillisuuden ulottuvuuksiksi strategisen tason, keskitason ja käytännön tason yhteistyön. Kaikkien tasojen sitoutumista integraatiotavoitteeseen vaaditaan, jotta moniammatillisuus mahdollistuu kompleksisissa ja suurissa toimintaympäristöissä. Strategisella tasolla yhteistyötä edistetään tavoitteiden ja resurssien johtamisella, organisomisella ja mahdollistamisella. Sote-uudistuksessa strategista tasoa edustaa hallinnon yhdistäminen niin, että sote-ammattilaisilla on yhteinen johto, tietojärjestelmä ja talous. Keskitaso vastaa integraation käytännön johtamisesta, budjetoinneista, hallinnasta ja henkilöstön osallistamisesta sekä informaation kulun ja yhteistyön kehittämisestä. Käytännön tasolla henkilöstö toteuttaa tehtäviään am-

matillisia rajoja ylittäen, työotettaan kehittäen ja moniammatillisessa ympäristössä toimien. (Emt., 23–26.) Erityisesti käytännön tasolla korostuu roolien ja moniammatillisen toiminnan tarkoituksenmukaisuuden vaade. Pelkkä nimellinen moniammatillisuus ei palvele tarkoitustaan.

Ailsa Cameron, Rachel Lart, Lisa Bostock ja Caroline Coomber (2014) toteavat sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota käsittelevässä tutkimusartikkelissaan, että moniammatillisen yhteistyön toteutuminen edellyttää yhteisiä tavoitteita ja työn päämääriä, roolien ja vastuiden selkeyttä, kommunikatiota ja tiedon jakamista, ammatillista tukea ja vahvaa johtamista sekä riittäviä resursseja. Myös sillä, että työtä tehdään fyysisesti samassa paikassa ja että yhteistyötä on ehditty toteuttaa jo pidemmän aikaa, on vaikutusta moniammatillisuuden ja eri alojen integraation onnistumiselle. Yhteisillä kokoontumisilla voidaan luoda luottamusta eri ammattiryhmien välille, keskustella työn lähtökohdista ja tavoitteista sekä edistää yhteistyön toimivuutta. (Emt., 229–232; ks. myös Isoherranen 2012.) Luottamus muiden ammattilaisten asiantuntijuuteen on edellytys moniammatillisen työn tekemiselle. Moniammatillisessa yhteistyössä ei ole kyse siitä, että asiakkaan kanssa toimii useita ammattilaisia, vaan siitä, että kaikki tilanteessa toimivat ammattilaiset työskentelevät asiakkaan kanssa samaan suuntaan. Todellinen integraatio edellyttää ymmärrystä siitä, mitä integraatiolla tarkoitetaan ja mitkä sen tavoitteet ovat, eikä moniammatillinen yhteistyö toteudu vain rakenteita muuttamalla (Cameron ym. 2014, 232). Moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää koulutuksella ja yhteisellä oppimisella. Mikäli koulutus ei tarjoa ammattilaiselle välineitä moniammatilliseen osaamiseen, voivat moniammatilliset työyhteisöt jakaa osaamistaan uusien jäsenten kanssa. Moniammatilliseen toimintaan on mahdollista oppia ja perehtyä käytännön työelämän kautta. (Isoherranen 2012, 146–147.)

### **3.3.1 Moniammatillisen toiminnan haasteista yhteistyön syventämisen mahdollisuuksiin**

Moniammatillinen yhteistyö ei ole itsestäänselvyys, vaan sen onnistuminen edellyttää kriittistä tarkastelua ja oman toiminnan reflektointia. Pylväs (2003, 30–31) huomauttaa, että sairaalan tietohierarkia aiheuttaa vastakkainasetteluja terveydenhuollon ammattilaisten ja sosiaalityöntekijöiden välille. Ammattilaisten lähestymistavoissa on eroja, jotka aiheuttavat ristiriitoja. Sosiaalityöntekijät kokevat terveydenhuollon henkilökuntaa useammin rooliristiriitaa ja stressiä, jotka aiheutuvat ammatillisten arvojen ja ammattikulttuurin alisteisesta asemasta terveydenhuollon organisaatiossa (Cameron ym. 2014, 230). Sairaalassa sosiaalisen asiantuntijuutta arvostetaan eniten, kun se täydentää lääketieteellistä näkemystä. Sosiaalityön asiantuntemus on sairaalassa altavastajan asemassa, vaikka sen hyödyntäminen esimerkiksi sosiaaliturva-asioissa olisi kokonaisvaltaisen arvioinnin

kannalta täysin perusteltua (Metteri 2014, 303). Sosiaalityön arvostus ja työn merkityksen tunnistaminen on lisääntynyt sairaaloissa pitkäjänteisen työn tuloksena vuosikymmenten saatossa, mutta edelleen työnkuvan epäselvyys haastaa systemaattista moniammatillisuutta. (Pylväs 2003, 56–57.)

Terveysosiaalityöntekijä joutuu välillä toimimaan potilaan asianajajana sekä sairaalan sisällä että sen ulkopuolella. Sairaalan sisällä asianajo liittyy muun muassa potilaiden kotiutustilanteisiin. Sosiaalityöntekijä tarkastelee potilaan tilannetta biolääketieteellisen näkemyksen sijaan kokonaisvaltaisesti, keskittyen erityisesti sosiaaliseen ja elämäntilanteelliseen aspektiin hoidon toteuttamisessa. Tällöin esimerkiksi kotiuttamisen ainoana edellytyksenä ei näydy lääketieteellisen hoidon päättyminen, vaan laajemmat kotiuttamisolosuhteet ja huolenpidon turvaaminen kotiuttamisen jälkeen. Sosiaalityöntekijä arvioi osaamisensa kautta ihmisen kokonaisvaltaisen tilanteen ja sen rajoitukset. (Krokfors 2012, 179; Metteri 2014, 300–301.) Pylvään (2003) tutkimuksessa kävi ilmi, että kuntien taloudellinen tilanne aiheuttaa epätasa-arvoisuutta palvelujen saamisessa kotiutuksen jälkeen. Tilanteissa, joissa potilaan oikeusturvaa rikotaan, joutuu sairaalan sosiaalityöntekijä taistelemaan potilaan oikeuksien puolesta. Riski palvelujen ja etuuksien saamatta jäämiseen liittyy myös siihen, ettei kuntien sosiaalityöntekijöillä ole päätöksenteon tueksi riittävää tietoa sairauksista ja niiden vaikutuksista. Tällöin sairaalan sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden hyödyntäminen ja asianajotehtävä korostuu. (Emt., 62–63.)

Työnkuvan epäselvyyden ja asianajovelvollisuuden lisäksi myös sairaalan ympärivuorokautinen luonne vaikeuttaa moniammatillista yhteistyötä. Omahoitajat, muu hoitohenkilökunta ja sosiaalityöntekijä eivät välttämättä ole paikalla samaan aikaan, jolloin yhdessä sopiminen ja yhteinen hoidon suunnittelu eivät mahdollistu. Myös se, että yksi sosiaalityöntekijä saattaa vastata useammasta osastosta johtaa siihen, ettei sosiaalityöntekijä ole aina paikalla, vaan joutuu tekemään valintoja vastuualueidensa välillä. (Pylväs 2003, 56–59.) Moniammatillisuuden toteutumisen kannalta onkin ensiarvoisen tärkeää, että sosiaalityöntekijä osaa sanoittaa omaa työtään ja tehdä työtään näkyväksi osastohenkilökunnalle. Näin sosiaalityöntekijä voi myös pitää kiinni omista ammatillisista rajoistaan, jottei sosiaalityö muodostu ”kaatoammatiksi”, jolle delegoidaan kaikki epämiellyttävät ja haastavat tilanteet (vrt. Pylväs 2003, 59–61; ks. myös Krokfors 2012, 185).

Terveysosiaalityöntekijältä vaaditaan jäsentynyttä ammatillista identiteettiä, oman osaamisalueensa tunnistamista, työn rajaamista sekä kykyä liittää erityisosaamisensa organisaation päätehtävän toteuttamiseen (Kananoja ym. 2011, 297), vaikka moniammatillisessa toiminnassa tarvitaan myös joustavuutta ja vastaan tulemistä (Cameron ym. 2014, 229). Moniammatillisuus todellistuu tarkoit-

tamaan yhteistyön lisäksi myös syvää ymmärrystä oman työn sisällöistä ja osaamisesta, jotta niiden hyödyntäminen mahdollistuu moniammatillisen työn arjessa. Luottamus lisääntyy tilanteessa, jossa kaikki asiakkaan kanssa työskentelevät tietävät toistensa toimenkuvasta, asiantuntijuudesta ja roolista. Vastavuoroinen luottamus mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön onnistumisen. Luottamus ja ymmärrys asiantuntijuuksien toisiaan täydentävästä luonteesta edesauttavat myös sitä, etteivät erilaiset orientaatiot kilpaile keskenään. Kaarina Isoherranen (2012, 114) havaitsi tutkimuksessaan, että ollakseen joustavia roolien täytyy olla myös selkeästi määriteltyjä ja yhdessä neuvoteltuja. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa yhteisen oppimisen, jolloin sen tavoite asiakkaan palvelukokonaisuuden toimivuuden edistäjänä toteutuu rikastuttaen myös ammattilaisten työtä (Leiba & Weinstein 2004, 71–73).

## 4 RAKENTEISTUMISEN NÄKÖKULMA ANALYYTTISENÄ VIITEKEHYKSENÄ

### 4.1 Keskeiset käsitteet ja rakenteistumisen vaikutussuhteet

Olen valinnut tutkielman teoreettiseksi tueksi rakenteistumisteoreettisen näkökulman yhteiskuntaan ja muutokseen. Sote-uudistus on yhteiskunnan rakenteissa tapahtuvaa muutosta, joka tulee vaikuttamaan hierarkkisesti myös alarakenteisiinsa ja rakenteissa toimiviin yksilöihin. Yhteiskunnalliset reunaehdot luovat ja muokkaavat sosiaalityön sisältöjä sen kaikissa ympäristöissä, eikä rakenteista vapaata sosiaalityötä Anneli Pohjolan (2014, 18) mukaan näin ollen ole olemassa. Anthony Giddensin rakenteistumisteorian (*eng. structuration theory, suom. myös strukturaatioteoria*) määrittelyjen avulla luon sote-uudistusta yhteiskunnallisena muutoksena koskevat peruskäsitykset, joita hyödynnän tutkimuksen tulosten tulkinnassa. Rakenteistumisteoriassa yhteiskunnalliseen muutokseen ja toisiinsa vaikuttavat niin muutoksen rakenteet kuin muutoksessa toimivat yksilötkin. Näkökulma kattaa sekä rakenneteoreettisia että toimintateoreettisia piirteitä (Giddens 1984a, 87; Ikonen 2009, 42–43).

Rakenteistumisteoria ohjaa tutkielmani näkökulmaa, jonka avulla tavoittelen muutoksen vaikutusten arviointia suhteessa toiminnan edellytyksiin (*rakenteet*) että rakenteissa toimimiseen (*toimijat*). Hyödyntämällä rakenteistumisen näkökulmaa aineiston analyysissä pyrin vastamaan kysymyksiin siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen julkisasiakirjat rakenteistavat terveysosiaalityötä ja millaista vuoropuhelua ne käyvät terveysosiaalityöhön liittyen sekä kuinka uudistus vaikuttaa terveysosiaalityön tehtäviin ja rooliin. Hyödynnän analyyttisen viitekehyksen rakentamisessa sekä teorian isän Anthony Giddensin määritelmiä että teoriaa jatkokehittäneen Rob Stonesin näkemyksiä. Otan teoriaa haltuun Giddensin usein vaikeaselkoista teoreettista kieltä selkeyttäneiden tutkijoiden puheenvuoroilla. Christopher Bryant ja David Jary (1991) sekä Toomas Kotkas (2010) pyrkivät artikkeleissaan tarjoamaan ymmärrettävän kokonaiskuvan Giddensin rakenteistumisteoriasta ja sen keskeisistä käsitteistä. Esittelen teorian keskeisimmät piirteet ja sovellan teoriaa tutkimuksen aineiston analyysissä. Giddens itse toteaa (1991, 213) ettei rakenteistumisteoriaa ole tarkoitettukaan tutkimussuuntaukseksi, vaan sitä tulee hyödyntää valikoivasti esimerkiksi tutkimuskysymysten asettamisessa tai tulosten esittelyssä. Viitekehyksenä se palvelee laajojen yhteiskunnallisten muutosten kysymyksiä, ja näin aion myös itse teoriaa hyödyntää.

Giddensin teoriassa *rakenteet* määritellään toimintaa luoviksi ja ohjaaviksi säännöiksi ja resursseiksi, ei organisaatioiksi itsessään. (Bryant & Jary 1991, 7.) Rakenne on ominaisuuksien kehikko, jonka sisällä toimitaan. Sen luomat reunaehdot ja resurssit mahdollistavat yhdenlaista toimintaa paremmin kuin toisenlaista, ja näin rakenne toimii toiminnan puitteena suunnaten toimintaa. Rakenteen sääntöjen ymmärtämiseksi vaaditaan yhteyttä yhteiskunnallisten järjestelmien historialliseen kehitykseen. Rakenne ei ole historiasta irrallinen, vaan muuttuu ajan saatossa. Rakenteen ominaisuudet, eli säännöt ja resurssit, ilmenevät järjestelmän jäsentymishetkellä ohjaten toiminnan suuntaa. Kun toiminta vakiintuu, on rakenteiden ja toimijoiden vastavuoroisen suhteen kautta luotu rakenteistunut kokonaisuus eli yhteiskunnallinen järjestelmä, joka jatkaa olemassaoloaan toiminnan ylläpitämänä. (Giddens 1984a, 109–111; Ikonen 2009, 50–51.) Teorian perusideaa hyödyntäen soteuudistusta voidaan hyvin tarkastella rakenteena, joka tarjoaa toimintaa ohjaavia normeja ja resursseja (*valtionohjaus, lait, rahoitus*), todellistuen ja vakiintuen kuitenkin vasta inhimillisen toiminnan seurauksena. Prosessin myötä sosiaalipoliittinen järjestelmä järjestyy uudelleen. Rakenteen ominaisuudet ovat sekä toiminnan ehto että sen lopputulos (Giddens 1984a, 118.), ja tässä merkityksessä niitä tarkastellaan myös terveystieteiden reunaehtoja määriteltäessä.

*Toimijat* ovat inhimillisiä yksiköitä, eli yksilöitä tai laajempia sosiaalisessa järjestelmässä toimivia subjekteja, jotka toimintansa kautta joko uusintavat rakennetta tai muuttavat sitä (Kotkas 2010, 98). Tutkielman viitekehyksessä toimijoiksi ymmärretään ne yksilöt ja organisaatiot, jotka ottavat aktiivisella toiminnallaan kantaa rakenteiden muodostumiseen ja pyrkivät muuttamaan rakenteen ominaisuuksia rakenteistumisprosessin aikana. Rakenteistumisteoriassa nähdään, että toiminta ei ole riippuvaista ainoastaan rakenteesta, vaan myös toimijoilla on vaikuttamisen mahdollisuuksia. Toiminnan muutokset voivat johtaa siihen, että rakenne lakkaa olemasta, sillä rakenne ei ole itsenäinen kokonaisuus vaan olemassa nimenomaan toiminnan kautta. Toimijat voivat tehdä sekä tietoisia että tiedostamattomia valintoja toimintansa suhteen. (Emt., 98–99.) Tutkielman näkökulma on toimijoiden tietoisessa toiminnassa.

Giddens jakaa toimijan tietoisuuden kolmeen tasoon: praktiseen eli käytännölliseen tietoisuuteen, teoreettiseen tietoisuuteen ja tiedostamattomiin toiminnan motiiveihin. Praktinen tietoisuus on käytännön ymmärrystä omasta ja muiden toiminnasta sekä toimintaympäristöstä, ja se on välttämätöntä jokapäiväisen elämän kannalta. Teoreettinen ymmärrys rakentuu käsitteellisen ymmärryksen varaan. Tällöin yksilö kykenee ilmaisemaan toimintaa koskevan teoreettisen ymmärryksensä sanallisesti tai kirjallisesti. Teoreettinen ymmärrys on syvällisempää erittelyä toiminnan taustoista, muttei

välttämätöntä jokapäiväisen toiminnan kannalta. Tiedostamattomia motiiveja puolestaan ei voi viedä teoreettisen ymmärryksen tasolle. Ne ohjaavat yksilön toimintaa vaikuttimina ja tarpeina, joita ei voi pukea sanoiksi. Tiedostamattomat motiivit voivat johtavat seurauksiin, joita yksilö ei ole toiminnallaan tavoitellut. Tiedostamattoman toiminnan seuraukset ovat tarkoittamattomia, mutta samanlaisia ei-tarkoituksellisia seurauksia voi olla myös tietoisuuteen perustuvalla toiminnalla, sillä toimija ei kykene erittelemään kaiken toimintansa tulevia seurauksia. Näin sosiaalinen elämä ei ole koskaan ennalta määrättyä, vaikka rakenteet määrittävätkin sen reunaehdot. (Kotkas 2010, 98–100.) Tutkielma pyrkii tavoittamaan toimijoiden teoreettista ymmärrystä. Ottaessaan kirjallisesti kantaa rakenteiden muodostumiseen toimijat ilmaisevat teoreettista ymmärrystään käytännöstä. Näin toimijat myös lisäävät ja syventävät tietoisuuttaan sosiaalipoliittisen järjestelmän uudelleen muotoutumisen säännöistä ja resursseista.

Rakenteen ja toimijan lisäksi Giddensin teorian keskeisiä käsitteitä ovat rakenteistuminen ja yhteiskunnallinen järjestelmä (suom. myös *sosiaalinen systeemi*). *Rakenteistuminen* viittaa rakenteiden ja toimijoiden suhteeseen. Rakenteistumisella tarkoitetaan rakenteiden olevaksi tulemistä, niiden syntymistä ja muodostumista rakenne-toimija-suhteessa. Giddens vastustaa jakoa rakenteisiin ja toimijoihin toisistaan erillisinä, joskin ilmiön ymmärtämiseksi käsitteellisellä tasolla nämä kaksi on pakko erottaa. Rakenteistumisessa ne tulevat kuitenkin yhteen prosessiksi, jossa rakenteita todellistetaan toiminnan kautta samalla kun toimintaa määrittävät rakenteet. *Yhteiskunnallinen järjestelmä* on toimijoiden toiminnan konteksti, joka muodostuu ajassa ja paikassa ilmenevistä sosiaalisista käytännöistä. Yhteiskunnallinen järjestelmä ilmentää rakenteellisia ominaisuuksia ja toistuu sosiaalisissa instituutioissa. Järjestelmän kautta rakenteet tehdään näkyviksi. Sosiaalipoliittinen järjestelmä, joka toimii osana hyvinvointivaltion kokonaisuutta, on esimerkki tällaisesta yhteiskunnallisesta järjestelmästä. Sen rakenteistuminen tietynlaiseksi mahdollistaa ja rajoittaa toimijoiden toimintaa. Järjestelmä myös elää ajassa, eli se muuttuu ja rakenteistuu uudelleen mikäli toimijat muuttavat toimintaansa sosiaalisissa instituutioissa. (Kotkas 2010, 97–98.)

Rakenteiden ja toimijoiden suhde on teoriassa sekä rajoittava että mahdollistava; hallintaa tuottava että valtaa jakava. Giddensin käsitys vallasta on myönteinen ja ilmenee teoriassa kykynä saada aikaan muutoksia. Koska rakenteistumisteoriassa suhteet nähdään aina molemmin suuntaisina, on myös valta jaettu ominaisuus. (Kotkas 2010, 102–103.) Valtaa on myös subjektilla, sillä toimija pystyy aina vaikuttamaan sekä yhteiskunnalliseen järjestelmään että rakenteisiin turvautumalla käytössään oleviin resursseihin (Ilmonen 1994, 340). Toimijalla on aina toimimisen, myös toisen toimimisen, mahdollisuus (Giddens 1984a, 150). Tätä ajatusta hyödynnän antaessani analyysissäni

toimijoille puheenvuoron ja tarkastellessani sitä, millaisia vaikutuksia heidän toiminnallaan on ollut rakenteiden muodostumiseen (ks. tarkemmin analyttisen viitekehyksen ja aineistojen suhteesta kpl. 5.2). Rakenteistumisessa toimijat turvautuvat sosiaalisissa käytännöissä rakenteisiin ja tehdessään näin myös uusintavat sekä sosiaalista käytäntöä että rakennetta (Kotkas 2010, 97–98). Rakenteistumisessa ilmenee hallintaa, kun toimijat käyttävät rakenteen ominaisuuksia, esimerkiksi sen tarjoamia resursseja, toimintansa välineinä. Rakenteistuminen vaatii hallinnan ja vallan ulottuvuuksien lisäksi myös merkityksenantoja ja legitimaatiota. Merkityksenanto tapahtuu kommunikaation kautta ja ylläpitää jaettua tulkinnallista kehikkoa eli sosiaalista järjestelmää. Legitimaatio puolestaan viittaa sosiaalista systeemiä järjestyksessä pitäviin perusteluihin ja oikeutuksiin, joita oikeudelliset instituutiot toteuttavat pohjoismaisen hyvinvointivaltion kontekstissa, käytännössä yhteiskunnallisten normien, lainsäädännön ja oikeusjärjestelmän turvin. (Kotkas 2010, 101.) Kotkas (2010, 97) määrittelee Giddensin kahtiajakoa vastustavaa ajatusta *rakenteen kaksinaisuudesta* (*duality of structure*) ajatukseksi siitä, että rakenteet ja toimijat määrittävät toisiaan. Tämä molemminpuolinen riippuvuussuhde onkin rakenteistumisteorian keskeinen sanoma (Giddens 1984a, 93–94).

Merkittävä ulottuvuus rakenteistumisteoriassa liittyy ajan, tilan ja muutoksen suhteisiin. Giddens korostaa kaikkien olemassa olevien vuorovaikutussuhteiden aikaan sijoittuneisuutta eli sijaitsemista tietyssä ajassa. Rakenteen ja toimijan vuorovaikutusta on mahdollista tarkastella ainoastaan ajassa niin, että siitä muodostuu vuorovaikutusmalleja. Irrottamalla jatkumosta ajallisen ulottuvuuden voidaan nähdä ainoastaan pysähtynyt kuva käyttäytymisestä, ei prosessia. Giddens huomauttaa, että yhteiskunnalliselle muutokselle on ominaista kehityksen eteneminen ajassa ja tilassa. Aika ja tila kytkeytyvät toisiinsa yksilöiden osallistumisena yhteiskunnalliseen (*rakenteiden ohjaamaan*) toimintaan sekä yhteiskunnan itsensä muuttumisena. (Giddens 1984a, 302–308) Stones (2005, 27) toteaa, että aika ja tila näyttäytyvät Giddensin teoriassa pääasiassa osana rakenteellisia ominaisuuksia, toiminnan olosuhteina. *Asemoitumisella* (*positioning*) Giddens viittaa siihen, että toimija ilmenee ja toimii kuitenkin aina suhteessa vallalla olevaan sosiaaliseen systeemiin. Toimijat ottavat aseman vallitsevissa olosuhteissa ja ilmentävät rakennetta yhteiskunnallisen järjestelmän kautta. Asemoitumista voi lähestyä myös identiteetin tai roolien käsitteiden kautta. (Giddens 1984b, 83–85.) Joissakin asemissa ja rooleissa toimijaan kytkeytyy enemmän sekä odotuksia että mahdollisuuksia vaikuttaa asemansa puolesta (Ikonen 2009, 53). Tätä asemoitumiseen liittyvää toimijuutta voidaan tämän tutkimuksen viitekehyksessä tarkastella toimijoiden puheenvuorojen kautta.

Giddensin määritelmän mukaan ”yhteiskunnallisen järjestelmän rakenteistumisen tutkimus on sen tutkimista, miten tämä järjestelmä yhteiskunnallisessa vuorovaikutuksessa synnytetään ja uusinne-



taan...” (Giddens 1984a, 113) ja ”*Sosiologisen analyysin sopiva kohdennuspiste on kuitenkin juuri rakenteiden ilmeneminen yhteiskunnallisten järjestelmien uusintamisessa sekä tämän uusintamisen välineenä että sen tuloksena.*” (emt., 172). Giddens ei näe rakennetta toimintaa rajoittavana elementtinä, vaikka sillä on myös rajoittavia ominaisuuksia. Rakenteen rajoitukset liittyvät teoriassa siihen, että sosiaalisessa järjestelmässä tapahtuu toiminnan rajoittamista normatiivisten sanktioiden ja rakenteellisten rajoitteiden, kuten yksilön toimintaa sitovien sopimusten kautta, mutta nämä rajoitteet eivät vaikuta tämän tutkielman viitekehyksessä suorittamaani tarkasteluun. (Kotkas 2010, 102–103.) Näen toimijan mahdollisuuden vaikuttaa lausunnon antamisen keinoin rakenteen resursseina, jota hyödyntämällä toimija vahvistaa rakennetta ja osallistuu yhteiskunnallisen järjestelmän rakenteistumiseen.

#### 4.2 Täydennyksiä teoreettiseen malliin

Giddensin teoria on saanut osakseen sekä kiitosta että kritiikkiä. Kritiikkiä rakenteistumisteoria on saanut muun muassa eklektisyydestään, rakenteiden toimintaa rajoittavan luonteen häivyttämisestä sekä vaikeaselkoisuudestaan. (Esim. Bryant & Jary 1991, 1; Ilmonen 1994; Stones 2005, 45–74; Kotkas 2010, 102.) Rob Stones (2005, 1) on pyrkinyt uudistamaan Giddensin teoriaa ottaen huomioon sen alkuperäiset heikkoudet, pelaten samaan aikaan sen vahvuuksilla. Stones kutsuu tulkintaansa *vahvaksi rakenteistumiseksi* ja hän jatkaakin Giddensin rakenteistumisen kaksinaisuuden käsitteen vahvistamista. Stones on kehittänyt Giddensin teoriaa käytännönläheisempään suuntaan ja tarkentanut sitä osittain niin, että teorian empiirinen hyödyntäminen mahdollistuu sujuvammin. Täydennän rakenteistumisen näkökulmaa Stonesin tarkennusten lisäksi myös tulkintani mukaan teorian viitekehykseen soveltuvilla, mutta sen ulkopuolisilla lisäyksillä. Lisäysten kautta avaan tarkemmin sitä, miten sote-uudistus ilmenee muutoksena sekä rakenteiden että toimijoiden tasolla.

Stones (2005) syventää rakenteistumisen kaksinaisuuden mukaista ajatusta rakenteen ja toimijan toisiaan määrittävästä luonteesta luoden käsitystä *rakenteistumisen neliosaisesta luonteesta (quadrupartite nature of structuration)*. Osat ovat erillisiä, mutta suhteessa toisiinsa. Ensimmäinen osa rakenteistumisen neliosaisessa luonteessa ovat ulkoiset rakenteet ja toiminnan olosuhteet, joihin viitataan jatkossa *ulkoisina tekijöinä*. Ulkoiset tekijät ovat olemassa toimijasta riippumatta, ja niihin voi viitata myös rakenteen ominaisuuksina eli resursseina ja sääntöinä. Ulkoiset tekijät ovat toiminnan konteksti, ja sellaisina myös toimijat ne hahmottavat. Toinen osa ovat *sisäiset rakenteet*, jotka liittyvät toimijaan. Sisäiset rakenteet voidaan jakaa edelleen kahteen, niitä on sekä toimijaerityisiä (*subjektin ominaisuudet*) että yleisiä, toimijoiden jakamia. Sisäiset rakenteet luovat sisäiset olosuh-

teet toimijan toiminnalle ja liittyvät vahvasti siihen, mitä ja miten toimija tietää. Kolmas osa rakenteistumisen neliosaisessa luonteessa koostuu *aktiivisesta toimijuudesta*, jossa toimija toimii sisäisten rakenteidensa ohjaamana. Aktiivisen toimijuuden osa-alueella vaikuttavat aiemmin kuvatut toimijan tietoisuuden tasot. Toimija voi hyödyntää sisäisiä rakenteitaan joko kriittisen strategisesti tai rutii-  
ninomaisesti. Neljäs ja viimeinen osa rakenteistumisen kaksinaisuudesta ilmenee *lopputuloksina*. Lopputulokset ovat toiminnan seurauksia, ja ne voivat liittyä ulkoisiin rakenteisiin, sisäisiin rakenteisiin tai tapahtumiin. Lopputulosten kautta rakenteistumisen prosessi täydellistyy. Lopputuloksilla toiminta ja rakenteet ovat vuorovaikutuksessa; toiminnalla muutetaan tai uusinnetaan sekä ulkoisia että sisäisiä rakenteita. (Stones 2005, 84–86; Greenhalgh & Stones 2010, 1288.)

Stonesin keskeiset täydennykset Giddensin teoriaan liittyvätkin toimijan sisäisten rakenteiden ja toiminnan lopputulosten tunnistamiseen. Rakenteistumisen neliosainen luonne muodostaa prosessin, jossa rakenteet ja toimijat vaikuttavat toisiinsa. Tässä tutkielmassa Stonesin tarjoamia näkökulmia hyödynnetään kuitenkin prosessinomaisuuden sijaan lähinnä kategorioina, joiden kautta toimijoiden ja rakenteiden vuorovaikutusta voidaan eritellä. Tunnistan rakenteistumisen prosessinomaisuuden ja sitoudun ajatukseen siitä, ettei rakenteistuminen ole missään määrin staattista vaan vuorovaikutus on sen jatkuva ominaisuus. Tutkielmassa tarkastellaan kuitenkin rajatusti yhtä valmistelun vaihetta, ja tämän näkökulman huomioon ottaen kategorisointi näyttäytyy luontevampana analyysin tapana kuin rakenteistumisen prosessinomaisuuden tarkastelu. Esiteltujen täydennyksien lisäksi Stones on ottanut kantaa rakenteistumisen ontologiaan, mutta itse palaan tieteenfilosofisiin sitoumuksiini tarkemmin kappaleessa 5.1.

Toimijoiden rooli laajan yhteiskunnallisen muutoksen tarkastelussa voi vaikuttaa epätarkoituksenmukaiselta, mutta Giddensia mukaillen uskon vaikutussuhteiden molemminpuolisuuteen. Toimija on oleellista nähdä paitsi rakenteiden puitteissa toimivana, myös aktiivisena toimijana, joka tuottaa ja uusintaa rakenteita. Jyrki Jyrkämä (2008) on mallintanut kokonaiskäsitystä aktiivisesta toimijasta, ja määritelmä on hedelmällistä nostaa esille myös tämän tutkielman kontekstissa. Jyrkämä (2008, 194) liittää ulkoiset ja sisäiset rakenteet yhteen toimijuutta määrittäviksi tekijöiksi (vrt. Stones 2005). Toimijuuden ehdot nousevat sekä yksilöstä itsestään, että ulkoisista tekijöistä, jotka määrittävät osaltaan sisäisiä tekijöitä. Yksilön sisäiset ominaisuudet, kuten ikä tai sukupuoli, saavat kulttuurisen sisällön ja ovat näin osa myös ulkoisia toiminnan reunaehtoja, jotka vaikuttavat yksilön asemoitumiseen yhteiskunnassa (Jyrkämä 2008, 194; vrt. Giddens 1984b).

Jyrkämä määrittelee tarkemmin toiminnan modaliteetteja, eli tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön toimijuuteen. Modaliteetteihin kuuluvat fyysiset ja psyykkiset kyvyt *toimia*, tiedot ja taidot *osata*, motivaatiot ja tahto *haluta*, pakot ja rajoitukset *täytyä*, mahdollisuudet ja rakenteet *voida* sekä kyky arvioida ja arvottaa eli *tuntea*. Modaliteetit vaikuttavat yksilön toimijuuteen ja toimimiseen rakenteissa. (Jyrkämä 2008, 195–196). Näin määriteltynä myös toimijuus rakenteistuu toimijan ja rakenteiden vuorovaikutuksessa. Toiminnassa toteutuvat modaliteetit määrittävät toiminnan luonteen ja yksilön tietoisuuden tason. Yksilö voi esimerkiksi haluta, tuntea, kyetä ja voida toimia jollain tavalla, mutta ilman osaamista hän ei kykene toimimaan täysivaltaisesti. Modaliteetit ovat siis sekä toimijuuden ulottuvuuksia että sen reunaehtoja.

Rakenteita ja toimijoita voidaan lähestyä myös systeemisen ajattelun avulla. Systeemitieteellinen orientaatio tarjoaa mahdollisuuden tarkastella yhteiskunnallista muutosta toisiinsa vaikuttavien systeemien, järjestelmien, kokonaisuutena. Systeemejä on eritasoisia, mutta yhdistävänä tekijänä on niiden kaikkien itsenäisyys. Sote-uudistusta voidaan systeemisen ajattelun avulla jäsentää niin, että sosiaalipolitiikka on yhteiskunnallinen makrosysteemi. Yhteiskuntapoliittisella muutoksella vaikutetaan alatasen rakenteisiin, meso- ja mikrosysteemeihin, jotka muutoksessa näyttäytyvät muun muassa terveysosiaalityönä laajasti ymmärrettynä (*professiosysteemi*), erikoissairaanhoidossa tehtävän sosiaalityön toimintaympäristönä (*ympäristösysteemi*) ja yksittäisen terveysosiaalityöntekijän työnkuvana ja toimintana (*toimintasysteemi*). Näin makrosysteemien muutokset vaikuttavat myös suoraan pienempien systeemien toimintamahdollisuuksiin (*input*). Vaikutuksien todellistuminen riippuu systeemin tavasta reagoida muutokseen (*throughput*) ja ilmenee siinä, kuinka terveysosiaalityö lopulta muuttuu sisällöltään ja tehtävänkuvaltaan (*output*). Jos muutos ei ole riittävää tai taroituksenmukaista, voidaan sitä korjata ylempien systeemien toimesta ohjauksella, joka johtaa lisämuutokseen (*feedback loops*). (Payne 2014, 191–198.) Rakenteistumisteoriassa systeemit nähdään lisäksi itseään säätelevinä toimijoina, joilla on oman tietoisuutensa kautta mahdollisuus säädellä suhtautumistaan ulkoiseen ohjaukseen (Giddens 1984a, 131; Bryant & Jary 1991, 8). Toiminnan laajempi konteksti luo aina toiminnalle edellytyksiä ja rajoituksia, ja näin ollen systeemien vuorovaikutus on vastavuoroista.

Peter Hall (1993; ref. Björklund 2008) on rakentanut ajatusta sosiaalipolitiikan kehityksestä kolmivaiheisena sosiaalisena oppimisena. Sosiaalisen oppimisen kautta eri toimintatahot tuottavat politiikan toimijoille uusia näkökulmia ja ehdotuksia ongelmien ratkaisuun. Näin politiikassa vallalla olevaa paradigmaa ja kulloistakin ajattelumallia voidaan uudistaa kokonaisnäkökulma paremmin huomioon ottaen. Hall näkee muutosprosessin kolmivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa olosuhteet

alkavat muuttua. Muutoksen tarvetta ilmenee, mutta päämäärät ja keinot säilyvät vielä entisenlaisina. Toisessa vaiheessa politiikan *toimijat* tasapainoilevat olemassa olevien *rakenteiden* ja uusien vaihtoehtojen välillä. Mahdollista suurempaa rakenteellista muutosta aletaan hahmottaa. Kolmannessa vaiheessa, jossa tulkitsemme sote-uudistuksen tällä hetkellä olevan, muutokset edellyttävät uudelleenjärjestelyjä ja aktiivista uudistamista, myös poliittinen paradigma muuttuu vasta kolmannessa vaiheessa. Juuri kolmas muutosvaihe mahdollistaa sosiaalisen oppimisen. Konkreettinen muutos edellyttää sopeutumista palvelevia muutoksia. Poliitiikan toimijoiden ulkopuoliset ratkaisuehdotukset ja ideat rikastuttavat prosessin arviointia ja tuovat esiin vaihtoehtoja. (Björklund 2008, 8.) Tällaisena sosiaalisena oppimisena, joka palvelee uudistuksen kokonaistavoitetta, näyttäytyvät eri toimijoiden antamat lausunnot koskien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistusta.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Metodisia valintoja ohjaavat metodologiset sitoumukset

Usein rakenteistumisteorian yhteydessä hyödynnetään konstruktionistista näkemystä yhteiskunnallisesta todellisuudesta (Ikonen 2009, 48). Olen kuitenkin päätenyt tarkastelemaan todellisuutta ja sitä koskevaa tietoa kriittisen realismin näkökulmasta, sillä aihepiirin tarkastelun kannalta nimenomaan rakenteistumisen prosessin kriittinen arviointi on hedelmällistä maaperää. Mikko Mäntysaari (2006, 160) huomauttaa, että sosiaalityön tutkimuksen metodologisten valintojen haasteina näyttäytyvät yhteiskuntarakenteiden, historian ja ympäristön vaikutusten häivyttäminen. Näitä puutteita pyrin välttämään hyödyntämällä rakenteistumisen teorian pohdintoja yhteiskunnallisesta muutoksesta ja kriittisen realismin näkemyksiä todellisuuden luonteesta.

Realismissa todellisuuden tulkitaan olevan olemassa toimijoista riippumatta (Mäntysaari 2006, 147), ja myös kriittinen realismi luottaa ihmisestä riippumattoman todellisuuden olemassaoloon. Toimijat puolestaan tuottavat tulkintaa tuosta todellisuudesta, ja nämä tulkinnat voivat olla enemmän tai vähemmän tosia, mikä puolestaan edellyttää kriittistä suhtautumista ja perusteltuja näkemyksiä (Sayer 2000, 2). Kieli, tässä tutkielmassa kirjoitettu kieli, on todellisuutta tuottava tekijä (Eskola & Suonranta 1998, 139). Pekka Kuusela (2004, 129) huomauttaa, että vaikka realistisessa ajattelussa sosiaalinen todellisuus on olemassa toimijoista riippumatta ja sillä on itsessään kausaalista voimaa, on myös toimijoilla itsenäistä kausaalista voimaa muuttaa ympäröivää todellisuutta. Sosiaalinen maailma nähdään avoimena systeeminä, joka voi muuttua. Realistinen todellisuuskäsitys korostaa rakenteita, vaikutusmekanismeja ja kontekstuaalisuutta. (Emt., 131.)

Kriittisen realismin ontologioita on todennäköisesti yhtä monta kuin sen kannattajiakin. Roy Bhaskar on kriittisen realismin koulukunnan keskeinen vaikuttaja ja suuntauksen kehittäjä, ja myös tässä tutkielmassa kriittinen realismi ymmärretään lähinnä Bhaskarin määrittelyjen ja niistä tehtyjen synteesien kautta. Bhaskarin kriittisen realismin perinne vastustaa voimakkaasti positivismia ja sen totuuskäsitystä (Bhaskar 1978, 8). Yhteiskuntatieteellistä tiedonmuodostusta on Bhaskarin näkemyksen mukaan mahdollista luoda sosiaalisten rakenteiden kautta. Bhaskarin tulkinnat tulevat lähelle Giddensin rakenteistumisteoriaa, sillä myös Bhaskar määrittelee sosiaalisen toiminnan transformaatiomallissaan, että toimijat uusintavat ja muuttavat sosiaalisia rakenteita toimintansa kautta.

Bhaskar näkee yhteiskunnallisessa todellisuudessa vaikuttavan sosiaalisia rakenteita, jotka ovat olemassa toimijasta riippumatta, mutta todellistuvat toimijan toiminnan vaikutuksesta. (Bhaskar 1978, 17; Kaidesoja 2007, 79–80.) Toiminta ja kokemukset ovat osa maailmaa ja itsessään merkittäviä, mutta ne eivät kuitenkaan määritä maailmaa ja todellisuutta, joka ei kokonaisuudessaan ole kokemuksiin havaittavissa (Bhaskar 1978, 15; 58).

Kriittisessä realismissa todellisuuden luonne on kaksinainen. Todellisuuden intransitiivinen ulottuvuus tavoittaa ilmiöiden todellisen luonteen. Intransitiivinen todellisuus on olemassa toimijasta riippumatta, se on todellisuutta vailla tulkintaa. Transitiivinen ulottuvuus puolestaan on toimijan ymmärryksen ohjaamaa tulkintaa todellisuudesta. Transitiivinen todellisuus on toimijan tulkintana rajallinen ja valikoiva. Intransitiivinen ulottuvuus ei ole riippuvainen transitiivisen ulottuvuuden tuottamista määrittelyistä. (Bhaskar 1978, 21; Sayer 2000, 10–11; Bhaskar 2016, 7.) Samaa todellisuuden tulkintaa jatkaen kriittisen realismin näkemyksen mukaan maailma rakentuu kolmesta eri todellisuuden alasta: reaalisesta (*havainnoista riippumattomasta todellisuudesta ja sen rakenteista*), aktuaalisesta (*reaalisen alan vaikutuksesta aiheutuvista tapahtumista*) sekä empiirisestä (*havainnot ja kokemukset todellisuudesta*) (Sayer 2000, 11–12; Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 188). Tutkielmassa sitoudun ajatukseen intransitiivisen todellisuuden olemassa olost, mutta todellisuuden tulkita tapahtuu transitiivisella tasolla. Teen tulkintaa aktuaalisen ja empiirisen todellisuuden aloilla, pyrkien niiden kautta tavoittamaan ituja reaalisen alan ilmiöstä eli toimintaa ohjaavista rakenteista.

Kriittisen realismin merkittävänä etuna tulevia tapahtumia tarkasteltaessa voidaan pitää sitä, että se suhtautuu tapahtuman mahdollisuuteen avoimesti. Reaalinen ala rajoittaa ja mahdollistaa aktuaalisen alan tapahtumia, mutta ei tuota determinististä totuutta. Näin ollen voidaan arvioida ja ymmärtää sitä, mitä saattaa tapahtua. (Sayer 2000, 12.) Tutkielmassani tasot voi mieltää ilmeneviksi niin, että reaalinen ala koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteista, jotka ovat olemassa riippumatta siitä, pohtiiko yksilö niiden vaikutusta omaan elämäänsä. Aktuaalinen ala muodostuu sekä toimijoiden pyrkiessä vaikuttamaan rakenteisiin että terveyssozialityöntekijän toimiessa rakenteissa. Empiirinen ala muodostuu järjestelmän ja toimijan suhteessa, jossa työn reunaehdoista ja sisällöistä tehdään tulkintaa. Kriittinen realismi sitoutuu ajatukseen siitä, että todellisuudesta on mahdollista tehdä tulkintoja. Samalla se peräänkuuluttaa tehtyjen tulkintojen rationaalista perustelua, sillä totuusväittämät ovat usein epätäydellisiä. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 186.)

Rationaalisen perustelun avulla tullaan tietoiseksi myös totuusväittämien perusteista ja mahdollistetaan niiden kriittinen arviointi. Kriittisen realismin avulla voidaan hahmottaa sosiaalisten rakentei-

den vaikutusta yksilöön sekä antaa toimijoille mahdollisuus tiedostaa ja vaikuttaa rakenteiden muodostumiseen ja muuttumiseen. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 184.) Rakenteita tiedostamalla vastustetaan individualistista näkemystä ja yksilöä vastuullistavaa paradigmaa, mutta saadaan kuitenkin säilytettyä sosiaalityön eettisille arvoille keskeisiä periaatteita: toimijuus, osallisuus ja agenttisuus. Kriittinen realismi näyttäytyy oivallisena todellisuuden peilinä tulkittaessa rakenteita, toimijoita ja niiden vuorovaikutuksen vaikutuksia yksittäisen sosiaalityöntekijän tehtäviin ja toimintamahdollisuuksiin. Rakenteet voivat joko edesauttaa tai estää yksilön toimintaa. Sosiaalinen rakenne muodostaa yksilölle toimintamahdollisuuksia, mutta tulee myös olevaksi sosiaalisen toiminnan kautta. Näin rakenne on osaltaan sekä toiminnan määrittäjä että sen tulos niin käsityksissäni todellisuuden luonteesta kuin yhteiskunnallista muutoksesta. Tiedostamalla sosiaalisia rakenteita niiden ilmenemiseen voidaan vaikuttaa. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 200.) Bhaskar korostaa tieteen merkitystä toimintana, joka sekä kuvaa ilmiöitä että selittää kausaalisia mekanismeja, eli rakenteita ja mekanismeja, jotka tuottavat ilmiöitä (Bhaskar 2016, 7). Aineiston valinnan ja analyysin kautta pyrin tiedostamaan tutkimaani ilmiötä eli rakenteita todellisuutena, jotka määrittävät inhimillistä toimintaa ja inhimillistä toimintaa toimintana, jolla rakenteisiin voidaan vaikuttaa. Tutkielman johtopäätökset ovat tulkintaa tästä todellisuudesta.

## **5.2 Tutkimuskysymykset ja aineiston valintakriteerit**

Ulla-Maija Salo (2015, 182) korostaa, että tutkimuksessa aineistoa tulee ajatella vuorovaikutuksessa teorian kanssa, ja teorioiden olisi hyvä ohjata jo aineiston valintaa. Rakenteistumisteoria toimii ajatteluni ja aineiston jäsentelyn apuvälineenä, ja teoreettisen tulkintakehyksen ohjaamana toteutin myös tutkielman aineistonvalinnan. Sosiaalipolitiikan, ja sen osana terveysosiaalityön, voidaan nähdä muodostuvan erilaisten rakenteiden vaikutuksesta järjestelmäksi, jossa rakenteen ominaisuudet vaikuttavat toimijan toimintaan ja rakenteistumiseen. Näin ollen rakenteiden ja toimijoiden vuorovaikutuksen tarkastelun mahdollistuminen ohjasi tutkielman aineistonvalintaa. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä vaaditaan avoimuutta tehtyjen valintojen suhteen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96), minkä vuoksi kuvaan mahdollisimman rehellisesti aineiston valintaan johtaneet ratkaisut. Tutkielmassani tarkastelen sitä, kuinka sote-uudistuksen valmisteluvaiheessa rakenteistetaan terveysosiaalityötä koskevia käsityksiä ja todellisuutta. Aineiston tulee mahdollistaa tutkimusongelmaan vastaaminen ja myös tutkimuskysymykset ohjaavat tutkielman aineiston valintaa. Tutkimuskysymyksetni ovat:

1. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen julkisiasiakirjat ohjaavat terveyssosiaalityön rakenteistumista ja millaista vuoropuhelua ne käyvät terveyssosiaalityöhön liittyen?
2. Kuinka sote-uudistuksen valmistelu mahdollisesti vaikuttaa terveyssosiaalityön rooliin ja tehtäviin tulevaisuudessa?

Toteutin tutkimuksen laadullisena tutkimuksena, jonka aineisto koostuu harkinnanvaraisesta näytteestä. Tutkielman aineisto koostuu luonnoksesta hallituksen esitykseksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta (19.5.2016) (jatkossa *luonnos*), sitä koskien annetuista yleiseen lausuntopyyntöön vastaavista lausunnoista (N=40, jatkossa *lausunnot*) sekä lopullisesta hallituksen esityksestä laiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta (224/2016) (jatkossa *esitys*) ja sitä koskien annetuista *asiantuntijalausunnoista* (N=8). Aineistonvalinnassa kiinnitin erityistä huomiota siihen, että saan valittujen aineistojen kautta riittävää ja monipuolista tietoa sote-uudistuksen valmisteluvaiheen vaikutuksista terveyssosiaalityöhön. Tausta-ajatteluni ohjaamana näyttäytyi sangen luontevana, että aineisto koostuu sekä hallituksen esitysasiakirjoista että eri toimijoiden antamista lausunnoista näitä esityksiä koskien. Keskeneräiseen uudistukseen on mahdollista päästä sisään hyödyntämällä käynnissä olevaa vuoropuhelua eli rakenteiden ja toimijoiden tuottamaa informaatiota. Terveyssosiaalityön näkökulmasta luonnos ja sitä koskevat lausunnot sekä lopullinen hallituksen esitys ja sitä koskevat asiantuntijalausunnot ovat keskeisiä uudistusasiakirjoja.

Aineiston valintaa ohjasi terveyssosiaalityön tarkastelua mahdollistava näkökulma. Alun perin aineiston oli määrä koostua sote-uudistuksen keskeisistä julkisiasiakirjoista liittyen sote-järjestämislakiin ja valinnanvapauslakiin, mutta niissä ei rakenteistettu terveyssosiaalityötä. Sote-järjestämislain ja valinnanvapauslainsäädännön valmistelu on sote-uudistuksen kokonaisuuden kannalta merkittävää ja mielenkiintoista, mutta ne eivät itsessään tarjoa terveyssosiaalityöerityistä tietoa, joten niiden tarkastelu on rajattu tutkielman ulkopuolelle. Näin ollen tutkielma tarkastelee voimassa olevaan lainsäädäntöön vuoden 2017 alusta tehtyjä muutoksia, joiden avulla valmistellaan tulevaa sote-uudistusta. Tutkimuslupaa julkisten asiakirjojen hyödyntämiseen aineistona ei tarvita. Rajasin analyysin ulkopuolelle esitystä koskien annetut valiokunta-asiakirjat eli perustuslakivaliokunnan ja sosiaali- ja terveysvaliokunnan antamat mietinnöt sekä eduskunnan vastauksen, sillä niissä ei tuotettu sisältöjä terveyssosiaalityön rakenteistumiseen liittyen. Samoin analyysin ulkopuolelle on rajattu varsinainen lakiteksti, jota esitysluonnos ja hallituksen esitys 224/2016 perustelevat. Lakitekstit itsessään ovat varsin suppeita, eivätkä tuota käsitteellisellä tasolla terveyssosiaalityötä määrittäviä rakenteita. Lait sosiaalihuoltolain muuttamisesta (1517/2016) ja terveydenhuoltolain muut-



tamisesta (1516/2016) tulivat voimaan 1.1.2017 ja niitä on sovellettava viimeistään 1.1.2018 alkaen. Edellä mainittujen lakien sisältöä sovelletaan suhteessa voimassaolevaan lainsäädäntöön, ja näin ollen sosiaalihuoltoa koskevat uudistukset kytketään niissä edelleen kunnalliseen sosiaalitoimeen. Laeilla valmistellaan sote-uudistusta, mutta ei vielä luoda maakunnallisia malleja tai oteta kantaa tulevaan aluepolitiikkaan. Luonnos ja hallituksen esitys edustavat aineiston rakenteellista ulottuvuutta, joka luo resursseja ja sääntöjä uudistukselle. Sote-uudistuksen valmisteluvaiheen ja valittujen näkökulmien perusteella rakenteellinen aineisto koostuu lakimuutosten valmisteluasiakirjojen perusteluosioista.

Hallituksen esityksen perusteluosio (*lainsäätäjän tarkoitus*) on heikosti velvoittava oikeuslähde, jota pääsääntöisesti tulee toteuttaa, mutta josta on mahdollista myös poiketa painavista perusteista (Laakso 2012, 232). Lainvalmisteluaineiston on oltava julkista, ja se täydentää oikeudellista argumentointia eli selventää lainsäätäjän tavoitteita ja tarkoituksia. Eduskunta hyväksyy sitovalla tavalla säädöstekstin, muttei vahvista sen perusteluosiota. Yleisesti lainvalmisteluaineiston voidaan näin ollen määritellä olevan huomioon otettavaa aineistoa oikeudellisessa argumentoinnissa, mutta sillä ei ole yleissitovaa ja vahvasti velvoittavaa luonnetta. Lainsäätäjän tarkoituksesta voidaan siis perustellusta syystä poiketa. Heikko velvoittavuus ei kuitenkaan mitätöi valmisteluaineiston merkitystä, vaan tosiasiaa niillä on oikeudellisessa argumentoinnissa keskeinen merkitys. (Laakso 2012, 302–303.) On luultavaa, että jotkin hallituksen esityksen perusteluosion katkelmat on jätetty tarkoituksella monitulkintaisiksi, jotta jatkossa tosiasialliselle toiminnalle on useampia menettelyvaihtoehtoja. Historiallisen laintulkinnan teorian mukaan lakia on pyrittävä tulkitsemaan tavalla, joka vastaa lainsäätäjän tahtoa. Valmisteluaineiston kautta on mahdollista ymmärtää lainsäätäjän tavoitteita ja tarkoituksia, joten hallituksen esityksen perusteluosioilla on tosiasiallinen merkitys säädöstekstin tulkinnassa eli rakenteen ominaisuuksien määrittelyssä. (Emt., 304.)

Lausunnot puolestaan näyttäytyvät analyysissäni toimijoiden puheenvuoroina, joilla sosiaalisen oppimisen mekanismin kautta pyritään vaikuttamaan rakenteisiin jo ennen kuin ne ohjaavat toimintaa juridisesti. Haasteena lausuntojen valikoinnissa näyttäytyi niiden runsas määrä. Kävin lausuntokohdasta läpi sen, että lausunto ottaa kantaa terveysosiaalityöhön ja erottaa sen selkeästi terveydenhuollon yhteyteen suunnitellusta sosiaalipäivystyksestä. Keskeistä oli, että valituissa lausunnoissa terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö ja sosiaalipäivystys oli erotettu toisistaan käsitteellisesti. Esiitysluonnos oli lausuntokierroksella toukokuusta syyskuuhun 2016. ”Webropol kyselyllä lausuntoja saatiin 302 kappaletta. Näistä kuntia oli 184 kappaletta, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiä tai yhteistoiminta-alueita oli 36, valtion viranomaisia 20, järjestöjä 48 ja muita 14 kappaletta. Li-

säksi saatiin erikseen 62 kirjallista vapaamuotoista lausuntoa.” (HE 224/2016, 50.) Luonnokseen annetuista lausunnoista uudistuksen valmisteluryhmä kokosi ja julkaisi Excel-tilukon. Taulukkuon on koottu suomenkielisten lausunnonantajien webropol-kyselyn vastaukset (N=290), eli lausunnot on tallennettu taulukkuon siten kuin lausunnonantaja on vastauksensa esittänyt. Suodatin taulukusta lausunnot, joissa on käytetty käsitteitä *terveydenhuollon sosiaalityö*, *sairaalan sosiaalityö*, *sairaalasosiaalityö* tai *terveysosiaalityö*. Avainsanarajauksen avulla aineistoon valikoitui 40 erillistä lausuntoa, jotka tuottavat käsitteellisellä tasolla terveysosiaalityöerityistä tietoa. Useampi lausunnonantaja oli antanut keskenään yhtenevän lausunnon. Yhtenevissä lausunnoissa tarkistin lausuntojen taulukkuon siirtymisen luotettavuuden alkuperäisistä lausunnoista, ja hyväksyin samat lausunnot aineistoon toisiaan vahvistavina toimijoiden puheenvuoroina.

Valikoin toisen lausuntoaineiston valiokuntien asiantuntijalausuntojen joukosta (N=76). Asiantuntijalausunnot ovat uudistuksen toteuttajien keskeisinä pitämien tahojen tuottamia kannanottoja hallituksen esitykseen 224/2016. Koska asiantuntijalausuntoja oli erikseen pyydetty, oletin niillä todennäköisesti olleen myös lain valmistelun kannalta suurempi painoarvo kuin yleiseen lausuntopyyntöön vastanneiden toimijoiden lausunnoilla. Asiantuntijalausuntoja ovat tuottaneet tahot, joita myös alun perin pidin keskeisinä toimijoina terveysosiaalityön näkökulmasta. Asiantuntijalausunnoista valitsin harkinnanvaraisen näytteen käymällä kaikki lausunnot läpi ja valikoimalla niistä ne lausunnot, jotka ottivat selvästi kantaa tai tuottivat tietoa terveysosiaalityötä koskien. Valinnan kriteerinä oli, että lausunnossa käytetään käsitteitä *terveydenhuollon sosiaalityö*, *sairaalan sosiaalityö*, *sairaalasosiaalityö* tai *terveysosiaalityö*. Tällä rajauksella asiantuntijalausuntoaineistosta valittiin lausunnot, jotka tuottavat nimenomaan tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellistä tietoa. Rajauksen kautta aineistoon valikoitui kahdeksan lausuntoa. Yksi asiantuntijalausunnoista oli Sosiaali- ja terveysministeriön antama, ja otti kantaa muiden lausunnonantajien lausuntoihin linjaten ministeriön näkemyksiä lausunnoissa ehdotettuihin muutoksiin. Asiantuntijalausuntojen terveysosiaalityötä koskeviin sisältöihin perustuen hallituksen esitykseen 224/2016 ei esitetty tehtäväksi muutoksia valiokuntien mietinnöissä tai eduskuntakäsittelyssä. Asiantuntijalausunnot näyttäytyvät kuitenkin lain valmistelussa erityisen aseman saaneina toimijoiden puheenvuoroina (ks. Suutari, 2015).

Rajauksen avulla valikoidut aineistot hallitsevat lausuntoaineistoani, mutta tämä ei näyttäydy tutkimuksen viitekehyksessä ongelmallisena, sillä tavoitteeni on tuottaa tietoa siitä, kuinka nämä lausunnot vaikuttivat, vai vaikuttivatko lainkaan lopulliseen hallituksen esitykseen ja lakimuutosten läpiviemiseen. Rajauksen avulla pystyn tarkastelemaan tutkimuskysymyksiäni rakenteistumisteoreettisesta näkökulmasta; miten toimija voi muokata rakenteita ja vaikuttaa toimintansa ehtoihin, eli ra-

kenteen sääntöihin ja resursseihin. Valitut lausunnot ottivat kantaa hallituksen esitykseen terveysso-  
siaalityön näkökulmasta. Pidin perusteltuna myös 19.5.2016 julkaistun luonnoksen hyväksymistä  
tutkielman aineistoon, sillä peilaamalla sitä lopulliseen hallituksen esitykseen saatoin arvioida, onko  
esitysluonnosta koskeva lausuntoaineisto vaikuttanut lopullisen esityksen valmisteluun. Terveysso-  
siaalityön kannalta merkittäviksi lausunnonantajiksi määrittelyt tahot on lueteltu liitteessä 1. *Tut-  
kielman aineistot*. Tulkitsen aineistoni lausuntoja Giddensia mukaillen inhimillisenä toimintana, jol-  
la pyritään prosessinomaisesti vaikuttamaan rakenteisiin. Sitoudun ajatukseen siitä, että tekstien  
kautta ei vain kuvailla ilmiötä, vaan myös rakennetaan sosiaalista todellisuutta. Kieltä käytetään ta-  
voitteellisesti todellisuuden rakentamisen välineenä. (Eskola & Suonranta 1998, 141–142.) Samalla  
lakiesityksen kautta realisoituvat rakenteet ilmenevät inhimillistä toimintaa ohjaavina reunaehtoina.  
On tarpeellista, että nämä ulottuvuudet käyvät analyysissäni vuoropuhelua, jotta muutosta on mah-  
dollista tulkita rakenteistumisen näkökulmasta.

### 5.3 Analyysiprosessin kuvaus

Sisällönanalyysi on prosessi, joka perustuu loogiseen päättelyyn. Prosessin aluksi aineisto pelkiste-  
tään poimimalla siitä tutkittavaa ilmiötä, eli terveysso-  
siaalityön rakenteistumista, koskevia ilmauk-  
sia. Tämän jälkeen pelkistykset ryhmitellään niin, että sisällöltään toisiaan vastaavat pelkistykset si-  
joittuvat samaan luokitteluyksikköön. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–112.) Toteutin analyysin teo-  
riaohjaavana sisällönanalyysinä, jonka analyttisenä viitekehyksenä toimii rakenteistumisteoria.  
Analyysin tapana sisällönanalyysi antaa tutkijalle mahdollisuuden tarkastella aineistossa ilmeneviä  
tekstin merkityksiä. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi palvelee tutkimukseni tarkoitusta hyvin,  
sillä sen tavoitteena on luoda hajanaisesta aineistosta yhtenäistä ja tiivistettyä informaatiota. (Emt.,  
104–108.) Aloitin aineiston analyysin lukemalla rakenteellisen aineistoni läpi useaan kertaan ja te-  
kemällä marginaalimerkintöjä muistini ja ymmärrykseni tueksi. Lukemalla aineiston ilman analyysipaineita pyrin tulemaan sen kanssa tutuksi (Eskola & Suonranta 1998, 152–153). Jotta aineistoa  
voidaan tarkastella tavoitteellisesti, tulee se ensin selkeyttää ja tiivistää (Kananen 2014, 130). En-  
simmäisellä rakenteellisen aineiston analyttisellä lukukerralla koodasin aineistoa merkiten sieltä  
värikoodeilla eri sisältöihin mieltämiäni havaintoyksiköitä. Koodauksessa hyödynsin teoreettista  
ennakkotietoa, mutta pyrin mahdollistamaan ajattelussani koodien elävyyden aineiston mukaan  
(vrt. Eskola & Suonranta 1998, 157).

Esitysluonnosta koskevan lausuntoaineiston läpiluku ei ollut yhtä ongelmaton, sillä aineiston tau-  
lukkumuotoisuus hankaloitti lukemista. Lausuntoaineiston luettavuuden mahdollistamiseksi pää-

dyin suodattamaan aineistosta vastauskentät, jotka tuottivat terveysosiaalityöerityistä tietoa ja vein ne uuteen tiedostoon aineiston läpilukemisen helpottamiseksi. Läpiluin vastaukset ja tämän jälkeen vein vielä uuteen tiedostoon havaintoyksiköt, joissa kuvattiin terveysosiaalityötä tai otettiin siihen kantaa rajauskäsitteiden *terveydenhuollon sosiaalityö*, *sairaalan sosiaalityö*, *sairaalasosiaalityö* tai *terveysosiaalityö* kautta. En kuitenkaan pitänyt aineistokatkelmien siirtämistä erillisiin tiedostoihin analyysin onnistumisen kannalta riittävän luotettavana menetelmänä, joten päädyin etsimään kaikki saatavilla olevat alkuperäislausunnot (n=32), ja loput kahdeksan lausuntoa siirsin kokonaisuudessaan omiin tiedostoihinsa, jolloin sain niistäkin muodostettua alkuperäisiä lausuntoja vastaavat kokonaislausunnot. Lopulta koodasin nämä kokonaiset lausunnot. Suoritin samanlaisen koodauksen myös hallituksen esitystä koskevien asiantuntijalausuntojen osalta.

Koodauksen havaintoyksiköt muodostuivat sekä rakenteistumisteoreettisen esiymmärrykseni että aineiston terveysosiaalityön näkökulmasta keskeisten sisältöjen pohjalta. Suoritin samalla teknikalla niin lausuntoaineistojen kuin rakenteellisen aineistonkin koodauksen, ja löysin kummastakin aineistosta samoihin kategorioihin asettuvia havaintoyksiköitä. Tein molemmista aineistokokonaisuuksista erillisen kartoituksen, jossa taulukkomuotoisesti poimin analyttisen viitekehyksen kannalta keskeisiin sisältöihin kuuluvia havaintoyksiköitä kategorisoiden aineistoa. Luokittelin samaan kategoriaan sisältyvät havaintoyksiköt systemaattisesti kaikista aineistoista, jolloin sain muodostettua aineistoista loogisen kokonaisuuden (Kananen 2014, 113). Aineiston käsittelyssä pyrin ajattelemaan aineistoa teorian kanssa, eli lukemaan sitä teorian kehyksissä (Salo 2015, 181). Tutkimuskysymysten kannalta keskeiset aineiston sisällöt jaottelin Rob Stonesin (2005) rakenteistumisen neliöosaisen luonteen mukaan, eli tarkastelin aineistoa valittujen analyttisten teoriakäsitteiden avulla (Kananen 2014, 104). Aineiston ajattelu teorian kanssa auttoi myös sivuuttamaan laajasta aineistosta tutkimuskysymysten kannalta epäolennaisen sisällön (vrt. Helenius, Salonen-Hakamäki, Vilkkä, Saaranen-Kauppinen & Eskola 2015, 202).

Kategoriaan *ulkoiset tekijät* poimin aineistossa esiintyviä toiminnan ehtoja, rakenteita ja organisaatioon liittyviä tekijöitä. Kategoriaan *sisäiset rakenteet* kartoitin jäsennyksiä siitä, millaisia tehtäviä, rooleja ja asemaa terveysosiaalityöntekijöille rakennetaan. Kategoria *aktiivinen toimijuus* koostui toimijoiden keskinäisiä suhteita kuvaavista osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön jäsennyksistä, eli toiminnassa hyödynnettävistä rakenteista. *Lopputulokset*-kategoria koostui niistä tarpeista, joita ulkoisten ja sisäisten rakenteiden toteutumiseksi aineistoissa tunnistettiin vaadittavan. Lopputulokset ilmenivät aineistoissa uudistuksen keskeneräisyyden vuoksi lähinnä potentiaalisina uhkina ja mahdollisuuksina.

Kaikista aineistoista löytyi jäsennyksiä samoihin aihepiireihin liittyen, mikä onkin ensiarvoisen tärkeää tarkasteltaessa aineistojen vuoropuhelua ja keskinäisiä vaikutussuhteita. Salo (2015, 179) huomauttaa, että laadullisissa analyysissä saatetaan joko unohtaa tai välttää sellaisia aineiston osia, jotka eivät asetu valmiiksi jäsenneltyihin koodikokonaisuuksiin. Poimin aineistosta runsaasti havaintoyksiköitä, jotka mainittiin vain kerran tai jotka olivat ristiriidassa muiden aineisto-otteiden kanssa. Myös kategorioiden väljyys mahdollisti erilaisten havaintoyksiköiden sisällyttämisen analyysiin. Toisaalta kategorioiden väljyys tuotti haasteita aineiston analyysissä. Kategoriat sivuavat toisiaan osittain ja välillä aineistoissa terveysosiaalityötä koskevia jäsennyksiä tuotetaan ikään kuin rivien välissä. Terveysosiaalityötä jäsentävien aineisto-otteiden kategorisointi vaati tarkkuutta ja toistuvaa palaamista aineistoihin. Väljyyden vuoksi suoraviivaisuus ei ollut mahdollista, vaan myös tulkinnalle jäi sijaa. Tähän haasteeseen pyrin vastamaan kvantifioinnilla. Teorialähtöisessä analyysissä voidaan hyödyntää taulukointia. Tällöin taulukko muodostuu niistä käsitteistä, jotka nousevat teoriasta. Aineistosta poimitaan käsitteitä vastaavat ilmaisut, joiden katsotaan kuuluvan siten samaan luokaan. Taulukoinnin avulla mahdollistuu myös ilmaisujen määrällisen laskemisen. (Kananen 2014, 110.) Toteutin laskentaa omassa taulukoinnissani, ja sain aineiston kvantifioinnin avulla käsityksen toisiaan tukevista ja keskenään ristiriitaisista lausuntokatkelmista.

Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander ja Matti Hyvärinen (2010, 18) toteavat, että luokittelun avulla voidaan koota hyödyllistä tietoa tutkimuskysymysten ratkaisemiseksi, mutta kiinnostavaa ja tutkimuskysymyksiin vastaavaa tietoa on mahdollista saada vasta tarkemman analyysin kautta. Lopuksi käsitteiden avulla vastataan tutkimuskysymykseen, eli muodostetaan kokonaisnäkemys tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–112.) Analyysin kautta aineistosta tavoitellaan saatavaksi jotain sellaista, mitä poimituissa lainauksissa ei itsessään ole läsnä (Ruusuvuori ym. 2010, 19), eli kootusta tiedosta tehdään perusteltua tulkintaa. Toteutin tämän vaiheen kirjoittamalla kategoria-  
taulukoiden avulla aihepiiriä kokoavat tyypikuvaukset kustakin erillisestä aineistokokonaisuudesta. Kuvaukset toimivat tutkimukseni aineistokoosteina vieden ajatteluani eteenpäin ja auttaen hahmottamaan, vastaavatko analyysissä tekemäni valinnat tutkimuskysymysten asettelua. Kuvausten avulla tein läpileikkauksen aineiston analyysistä ja havaitsin, että aineiston jatkotarkastelu oli vielä tarpeellista systemaattisen tiedon saavuttamiseksi. (Vrt. Ruusuvuori ym. 2010, 24.) Kävin aineistot vielä kertaalleen läpi varmistaakseni, että niiden koodaus on onnistunut ja aineistojen informaatio on siirtynyt asianmukaisesti kategoriataulukoihin. Tämän jälkeen ryhdyin suhteuttamaan aineistoja toisiinsa eli tekemään tulkintaa analyysistä.

Sisällönanalyysi jää tyngäksi, jollei tutkimustuloksista tehdä ilmiötä kuvaavia johtopäätöksiä. Laadukas analyysi vaatii prosessin loppuun viemistä niin, että analyysi tuottaa hyödynnettävää ja merkityksellistä kokonaistietoa asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103; 113.) Sisällönanalyysissä korostuvat tutkijan uteliaisuus, päättelykyky ja uskallus tulkita perustellun ajattelun ohjaamana, ja näitä ansioita tavoittelin myös omassa analyysiprosessissani. Tulkinnessa kiinnitin erityistä huomiota aineistojen vuorovaikutteisuuteen, eli siihen kuinka ne keskustelivat keskenään ja vaikuttivat toisiinsa. Vaikutussuhteiden näkökulmasta tulosten esittelyssä painottuu myös lausuntoaineistokatkelmia, jotka ovat olleet määrällisesti vähäisiä, mutta vaikuttaneet silti merkittävästi rakenteellisen aineiston lopulliseen muotoutumiseen. Olen huomionut aineistojen luonteen julkisina lausumina, vaikutusyrityksinä ja rakenteita luovina teksteinä, joiden tulkintaa ohjaa tutkielman analyttinen viitekehys. Jenni Helenius, Sanna-Mari Salonen-Hakomäki, Hanna Vilkkä, Anita Saaranen-Kauppinen ja Jari Eskola (2015, 193) toteavat teorian ohjaavan tutkimusprosessia ja siitä raportointia. Tässä tutkielmassa teorian rooli on toimia tulkintateorian aineiston analyysissä. Useiden aineistojen analyysiä jäsentää se, että kaikki aineistot on koodattu, kategorisoitu ja tulkittu saman viitekehyksen näkökulmasta, mikä mahdollistaa kokonaisuuden yhdenmukaisuuden ja systemaattisen raportoinnin (emt., 199).

Tutkielman aineisto koostuu kahdesta erillisestä kokonaisuudesta, rakenteellisesta aineistosta ja toimijoiden puheenvuoroista. Nämä erilliset aineistokokonaisuudet on mahdollista jakaa edelleen neljään ala-aineistokokonaisuuteen. Tutkielman kuudennessa kappaleessa esittelen analyysin tulokset. En valikoinut tulosten tueksi aineistokatkelmia, vaan tulokset on esitetty yhdenmukaisesti kirjoitettuina synteeseinä. Esittelen analyysin tulokset dialogina, jossa aineistot käyvät vuoropuhelua keskenään. Alun perin tarkoitukseni oli palata tutkimuksen tulosten tarkastelussa Anthony Giddensin näkemyksiin toimijoiden ja rakenteiden toisiaan määrittävästä luonteesta, eli teoriaan jota olin hyödyntänyt aineiston valinnassa. Giddensin jako ilmeni kuitenkin analyysin kuluessa liian kapeaksi. Analyysiä palveli paremmin Rob Stonesin (2005) rakenteistumisen neliosaisen luonteen määrittely. Kategorisoin aineiston ja erittelin analyysin tulokset näiden neljän osan mukaisesti. Valinta on sekä aineiston tuottamaa tietoa kunnioittava että uskollinen analyttiselle tulkintateorialle.

#### **5.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi**

Tutkielma on tehty ennen kuin sote-uudistuksen kokonaisuutta koskevat linjaukset ovat varmistuneet. Näin ollen tutkielma on ennakoarviointia ja perustuu keskeneräiseen, osittain spekulatiiviseen tietoon tosiasiallisista linjauksista, joita uudistukseen liittyen tullaan tekemään. Tutkielma pe-

rustuu kevään 2017 tilanteeseen, jota analysoin sen hetkisen tiedon mukaan. Tässä tutkielmassa on kiinnitytty kuntiin ja kunnalliseen sosiaalihuoltoon, sillä maakuntia ei ole käsitteellisesti liitetty tutkielmassa tarkasteltuun sote-uudistuksen valmistelun osaan. Tutkielmassa tarkastellaan lähemmin sote-uudistusta valmistelevaa päivystyksen ja erikoissairaanhoidon uudistusta, jonka tavoitteiden edistämiseksi toteutettiin muutoksia sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin. Lakimuutokset astuivat voimaan 1.1.2017, ja niiden toteutuksella tuetaan sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumista. (Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus.) Sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muutostarpeita avaavissa hallituksen perusteluasiakirjoissa sote-uudistusta tarkasteltiin myös erityisesti terveysosiaalityön näkökulmasta, minkä vuoksi tutkielma kiinnittyy nimenomaan tämän valmisteluvaiheen analysointiin. Tutkielma voi tuottaa tuloksia, jotka eivät todellistu, tai siitä voi jäädä puuttumaan arviointia muutoksista, joita terveysosiaalityö tulee kohtamaan. Allekirjoitan Jari Eskolan ja Juha Suorannan (1998, 16) pohdinnan siitä, että sosiaalisen todellisuuden ilmiöiden prosessiluonteen vuoksi tutkimustuloksia ei voida pitää ajattomina ja paikattomina, vaan ne ovat kuvausta hetkestä ja muuttuvat ajan myötä. Laadullisen tutkimuksen keinoin pyrin tuottamaan teoreettisesti mielekkään tulkinnan sote-uudistuksen arvioiduista vaikutuksista terveysosiaalityöhön (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 61). En valikoinut tutkielman tueksi vertailuaineistoa, sillä tutkimuskysymysten kannalta mielekkäämpänä näyttäytyivät ilmiötä suoraan kuvaavat aineistot ja niiden tulkitseminen.

Aineistojen analyysissä toteuttamani koodaaminen ei suinkaan ole ongelmaton tai ainoa oikeaa tietoa tuottava tapa analysoida aineistoja. Koodauksessa ei pystytä aukottomuuteen, minkä lisäksi myös tutkijan valinnat ohjaavat analyysiä aina johonkin suuntaan. (Eskola & Suoranta 1998, 158.) Näkökulmani on terveysosiaalityössä, minkä vuoksi tutkimustuloksia ei voi laajentaa tarkastelemani ilmiön ulkopuolelle. Näkökulman ohjaamana koodasin aineistoa valikoiden sieltä terveysosiaalityötä koskevia otteita. Puhtaasti sosiaalipäivystystä ja sen tehtäviä käsittelevät otteet jäivät analyysin ulkopuolelle, mikäli niillä ei ollut yhteyttä terveysosiaalityön tulevaan rooliin. Suoritin aineiston koodausta niin, että sosiaalipäivystystä koskevat otteet valikoituivat mukaan analyysiin, kun niissä tehtiin eroa tai yhdennystä sosiaalipäivystystyön ja terveysosiaalityön välille. Näin ollen analyysi ei kata lakiuudistuksen vaikutuksia osiaalityöhön yleensä, vaan tarkastelee hyvin rajattua osaa lainsäädännön valmistelusta. Sisällönanalyysin vaarana on, että esiyymmärrys ja valmiit kategoriat ohjaavat tutkijan ajattelua niin, että aineistosta johdettavissa olevat uudet jäsennykset jäävät oivaltamatta (Salo 2015, 174). Laadullinen tutkimus tarjoaa tietoa, jonka tuottamisen välineenä toimii tutkija ennako-oletuksineen ja teoreettisine näkemyksineen (Eskola & Suoranta 1998, 216–217). Näin myös tutkielma on inhimillisen toiminnan tulosta, jonka kautta tulkintaa on rakenteistettu.

Tutkielman luotettavuutta pohdittaessa palaan kriittisen realismin näkemyksiin tulkintojen ja totuusväittämien kriittisestä arvioinnista. Olen läpi tutkimusprosessin pyrkinyt perustelemaan tekemiäni valintoja rationaalisesti ja suhtautumaan kriittisesti esittämiini totuusväittämiin. Olen pyrkinyt esittämään tulkintani ulkopuoliselle ymmärrettävällä tavalla ja tekemään valintani läpinäkyvästi. Aineistoni on koottu valikoiden ja se kertoo ilmiöstä rajatun totuuden, mutta tavoittelen luotettavuutta avoimuudella. (Eskola & Suonranta 1998, 216–217; Kananen 2014, 153.) Analyysini perustaa voi arvioida liitteiden 2 ja 3 kategoriataulukoiden avulla.

Tiedostan, että rakenteelliseksi aineistoksi nimeämäni hallituksen esitysluonnos ja lopullinen esitys ovat myös inhimillisen toiminnan tulosta ja toimijoiden tuottamia asiakirjoja. Tutkielman näkökulman vuoksi pidän kuitenkin mielekkäänä valintana sitä, että poliittiset julkisasiakirjat, joiden kautta tosiasiallisesti luodaan rakenteita ja työn reunaehdoja, erotetaan nimettyjen toimijoiden kannanotoista omaksi kokonaisuudekseen. Aineistoon liittyvänä tutkielman luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä voidaan nähdä se, että hallituksen esitysluonnokseen annetuissa lausunnoissa oli eri lausunnonantajien nimissä annettu useaan kertaan sama lausunto. Tein valinnan siitä, että pidän kaikki terveysosiaalityöerityistä tietoa tuottavat lausunnonantajat mukana aineistossa, sillä en voinut aineiston kautta erotella kuka lausunnon alkuperäinen antaja on. Lausunnonantajat, jotka olivat vieneet vastauksena lausuntopyyntökyselyyn keskenään saman lausunnon, esiintyivät lausunnonantajina omilla nimillään. Valintani pitää kaikki lausunnot aineistossa perustuu siihen, että antamalla keskenään yhtenevät lausunnot lausunnonantajat todennäköisesti pyrkivät korostamaan yhteistä kantaansa esitysluonnokseen, ja näin ollen tekivät tietoisin valinnan käyttää toimijuuttaan toisiaan tukevalla tavalla. Yhteneviä lausuntoja olen käyttänyt katkelmina analyysissä vain kerran, mutta laskenut montako kertaa sama lausunto esiintyy aineistossa, jolloin mainintojen saama määrällinen painoarvo on huomioitu analyysissä.

Tutkielman lausuntoaineisto koostuu vain pienestä osasta sosiaali- ja terveydenhuoltolakien muuttamista koskevia lausuntoja. Olen antanut suuren painoarvon lausunnoille, jotka edustavat suhteellisen pientä osaa kaikesta tarkasteltua uudistusta koskien lausutusta. Havaintoyksiköiden kyllääntyminen niin, että aineistokatkelmat alkoivat toistaa itseään, saavutettiin osittain. Myös yksittäisinä ilmenevät havaintoyksiköt on kuitenkin huomioitu analyysissä. (Vrt. Kananen 2014, 154.) Analyysissä olen huomionut yksittäisten lausuntojen arvottamisen niin, että ne saavat suuremman painoarvon, mikäli niillä on ollut tosiasiallista vaikutusta hallituksen esityksen muodostumiseen. Muuten yksittäisten lausuntojen painoarvo ilmenee toimijan puheenvuorona, jolla luodaan erilaisia näkökulmia uudistukseen. Valittujen lausuntojen saama painoarvo on perusteltavissa tutkielman rajatulla



näkökulmalla; tavoitteena on tuottaa terveyssosiaalityöerityistä tietoa. Olen tarkastellut aineistoja suhteessa toisiinsa niin, että myös rakenteellista aineistoa on analysoitu samasta rajatusta näkökulmasta. Myös sen tosiseikan huomioiminen, että aineisto ylipäättään koostuu yhdestä lainsäädännöllisestä muutoksesta laajan sote-uudistuksen valmistelun sisällä, voidaan nähdä vaikuttavan tutkielman luotettavuuteen. Tutkielman tarkoitus ei kuitenkaan ole tuottaa kokonaiskuvaa sote-uudistuksesta, vaan sen valmistelun vaikutuksista terveyssosiaalityölle. Tällä rajauksella aineiston valinta on perusteltavissa ja aineisto tuottaa tutkimuskysymyksen kannalta oleellista tietoa valitusta näkökulmasta. Rakenteistumisteoria analyttisenä viitekehyksenä tuo tutkielman rajattuun näkökulmaan laajuutta. Edellä kuvatut valintani koen tärkeiksi sanallistaa ja perustella, jotta lukija voi arvioida tutkielman luotettavuutta ja sen rajoituksia.

## 6 JULKISASIAKIRJOJEN RAKENTEISTAMA TERVEYSSOSIAALITYÖ

### 6.1 Ulkoiset tekijät ja uudistuksen rakenteet

#### 6.1.1 Säännöt

Ensimmäinen osa rakenteistumisen neliosaisessa luonteessa ovat ulkoiset rakenteet ja toiminnan olosuhteet, jotka muodostavat tuloksissa kategorian *ulkoiset tekijät*. Ulkoiset tekijät ovat olemassa riippumatta toimijasta, ja niihin voidaan viitata myös rakenteen ominaisuuksina eli resursseina ja sääntöinä. Ulkoiset tekijät näyttäytyvät toiminnan reunaehtoina luoden toiminnalle rajoituksia ja mahdollisuuksia. (Stones 2005, 84–86.) *Hallituksen luonnoksessa* ulkoisten tekijöiden sääntöelementteinä korostetaan sitä, että nykyiseen lainsäädäntöön ja rakenteisiin tehtävät muutokset tullaan sovittamaan yhteen sote-uudistuksen kokonaisuuden kanssa. Myös sosiaalipalvelujen keskittämistä alueellisesti tai valtakunnallisesti muiden palvelujen yhteyteen linjataan hallituksen luonnoksessa. Palveluja voitaisiin keskittää asiakasturvallisuuden ja harvoin tarvittavien palvelujen osaamisen varmistamisen nimissä. Tarkempaa sääntelyä palvelujen keskittämiseen liittyen toteutettaisiin jatkossa valtioneuvoston asetuksella. Palvelurakenteeseen liittyvänä ominaisuutena tunnistetaan terveyssosiaalityö palvelujärjestelmän osana, jolloin palvelujärjestelmän rakenne luo terveyssosiaalityölle toiminnan sääntöjä. Luonnoksessa todetaan, että terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö ja -ohjaus otetaan huomioon ja sovitetaan entistä paremmin päivystykselliseen ja kunnalliseen sosiaalityöhön. Konkreettisia sääntöjä yhteensovittamiseen ei luonnoksessa esitetä, mutta palvelujen yhteensovittaminen liittyy käsitteellisellä tasolla osaltaan palvelujen keskittämiseen.

*Lausunnot* ottavat kantaa siihen, että sosiaali- ja terveydenhuoltolakien muuttaminen on ennenai-kaista sote-uudistuksen ollessa keskeneräinen. Lähes puolet lausunnoista kommentoi uudistusten läpiviemisen siirtämistä sote-uudistuksen yhteyteen. Puolessa lausunnoista sosiaalipalvelujen keskittämistä koskevat linjaukset nähdään perusteltuina. Tarkempi sääntely asetuksella kuitenkin jakaa lausunnonantajien mielipiteitä voimakkaasti. Vajaa kolmannes lausunnonantajista vastustaa asetuksella säätämistä sillä perusteella, että järjestämisvastuussa olevalla taholla tulee olla harkintavaltaa palvelujen organisoinnin suhteen. Muutama vastaaja puolustaa asetuksen antamista toimivana ratkaisuna sosiaalipalveluja keskitettäessä. Yksittäiset lausunnonantajat esittävät vaihtoehtoisia tapoja varmistaa asiakasturvallisuuden ja osaamisen toteutuminen, kuten alueellisten palveluiden erityis-

piirteiden laajempi huomioon ottaminen valmistelussa ja eri toimijoiden yhteistyön tiivistäminen. Palvelurakenteen sääntöjä peräänkuulutetaan tarkennettaviksi. Useammassa lausunnossa kaivataan päällekkäisen työn purkamista sekä toimijoiden välisen tehtävänjaon ja palvelurakenteen selkeyttämistä. Näiden rakenteeseen kytkeytyvien sääntötoiveiden taustalla kertautuu terveyssozialityön tehtävien ja sijoittumisen selkeyttämisen tarve.

*Hallituksen esitys* tarkentaa sosiaalipalvelujen yhteen kokoamista muiden palvelujen yhteyteen. Käsitettä keskittäminen ei enää käytetä lopullisessa esityksessä. Yhteen kokoamisella viitataan sekä fyysiseen että hallinnolliseen palvelujen yhdistämiseen.

*Esimerkkeinä yhteen koottavista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksista voidaan mainita kehitysvammapsykiatria ja lasten vaikeat kehityshäiriöt, vaikea autismi ja eräät muut neuropsykiatrian alaan kuuluvat kysymykset, joiden yhteydessä tuotettavat sosiaalipalvelut vaativat erityistä osaamista. Myös vaativaa ja monialaista hoitoa ja palveluja tarvitsevien vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä tukemiseen keskittyvät palvelut edellyttävät usean alan erityisosaamista ja ovat lukumääräisesti harvoin esiintyviä. (HE 224/2016, 72.)*

Näin määriteltyinä yhteen koottavat palvelut näyttävät pitävän sisällään myös terveyssozialityön erityisosaamiseen sisältyviä palveluja. Asetuksella suoritettavaa tarkempaa sääntelyä linjataan toteutettavaksi vasta, kun palvelujen muodostumista kentällä on seurattu. Lähtökohtana mainitaan, että uudistuksessa otetaan huomioon koko sosiaalityön kokonaisuus ja varmistetaan, ettei järjestelmän sisällä tehdä päällekkäistä työtä. Terveyssozialityö sidotaan esityksessä monisyydestä sosiaalipäivystykselliseen työhön, jonka sääntöelementiksi eli toimintaa määrittäväksi ehdoksi tuotetaan nimenomaan päällekkäisen työn purkaminen. *Asiantuntijalausunnat* eivät tuota ulkoisten tekijöiden sääntöihin uusia näkökulmia, mutta osoittavat kannanotoillaan, ettei lopullinen esitys ratkaise päällekkäisen työn purkamisen haastetta sääntöjen rakentamisen kautta.

### **6.1.2 Resurssit**

Ulkoisina tekijöinä voidaan tarkastella myös rakenteen resursseja, jotka olen analyysissä jakanut ideologisiin ja konkreettisiin resursseihin. Konkreettisina resursseina uudistuksen läpiviemisessä *hallituksen luonnoksessa* tunnistetaan eri toimijoiden asiakastietojärjestelmiin pääsyn varmistaminen ja muut tietojärjestelmäratkaisut. Konkreettisia resursseja edustavat myös riittävän osaamisen ja

voimavarojen varmistaminen päivystystä toteuttavissa yksiköissä. *Lausunnoissa* resurssien määrittelyjen suppeus aiheuttaa ihmettelyä. Tiedonsaanti- ja tietojärjestelmäoikeuksien varmistamisen lisäksi yksittäiset lausunnonantajat kysyvät, miksi riittävät resurssit turvataan vain päivystyksellisessä työssä, kun niiden turvaaminen sosiaalihuollon kokonaisuudessa olisi tarpeen. Muutamassa lausunnossa konkreettisenä resurssina toivotaan myös terveysosiaalityön tehtävien ja roolin vahvistamista terveydenhuoltolakiin. Ideologisina resursseina lausunnoissa nostetaan esiin eri palvelujen ja niihin liittyvien käsitteiden selkeä määrittely. Lausunnoissa ilmenee melko yleisenä havaintona se, että lausunnonantajat kokevat luonnoksen määrittelevän sosiaalihuoltoa alisteisena terveydenhuollossa. Luonnoksessa käsitteellistetään sosiaalipalveluiden liittämistä terveydenhuollon palveluihin, minkä osa lausunnonantajista määrittelee integraation kannalta hyvin kyseenalaisena käsitteellisenä arvottamisena. Toisaalta myös lausuntoaineistossa tuotetaan ja vahvistetaan sosiaalipalvelujen käsitteellistä alisteisuutta terveyspalveluille.

*Hallituksen esityksessä* ei huomioida lausunnonantajien tuottamaa kritiikkiä ja sanallistettuja resurssitarpeita. Ainoa muutos resursseihin liittyen on se, että toivottua käsitteellistä erontekoa sosiaalipalvelujen osien eli sosiaalipäivystyksen ja terveysosiaalityön välille ei tarkoituksellisesti tehdä. Hallituksen esityksessä todetaan, että koska uudistuksen lähtökohtana on ottaa huomioon sosiaalipalvelujen kokonaisuus, ei näitä kahta ole tarkoituksenmukaista kehittää erikseen. Sosiaalipalvelujen kokonaisuutta, jota uudistuksen kautta pyritään kehittämään, ei määritellä muuten kuin että siihen kuuluu kuntien perussosiaalityö, sosiaalipäivystyksen sosiaalityö ja terveydenhuollossa tehtävä perustyö. Määrittelyjen puutteellisuudesta johtuen käsitteiden selkeytystä ja terveysosiaalityön aseman vahvistamista lainsäädäntöön toivotaan edelleen myös *asiantuntijalausunnoissa*.

## **6.2 Sisäiset rakenteet ja terveysosiaalityön rooli**

### **6.2.1 Terveysosiaalityön tehtävät**

Rakenteistumisen neliosaisen eli rakenteen ja toimijan toisiaan määrittävän luonteen toinen osa ovat *sisäiset rakenteet*, jotka liittyvät toimijaan. Sisäiset rakenteet voidaan jakaa edelleen kahteen; niitä on sekä toimijaerityisiä että yleisiä, toimijoiden jakamia. Toimijaerityiset sisäiset rakenteet liittyvät toimijan rooleihin ja asemaan sekä niihin kytkeytyviin odotuksiin. Toimijoiden jakamat sisäiset rakenteet ovat yhteistä tietoa siitä, mitä toimijaerityiset sisäiset rakenteet ovat. (Stones 2005, 84–86.) Analyysissä sisäiset rakenteet tarkentuivat kattamaan terveysosiaalityön tehtävät ja aseman. Vaik-

ka rakenteellisesti sitovaa sääntö- tai resurssimäärittelyä terveysosiaalityölle ei luonnoksessa tai esityksessä tehty, on sille kuitenkin osoitettu erityistä huomiota uudistuksen valmistelussa.

*Luonnoksessa* korostetaan terveysosiaalityöntekijöille annettavaa päätöksenteko-oikeutta ja mahdollisuutta tehdä palvelutarpeen arviointeja terveydenhuollon yksikköön sijoitettavan sosiaalipäivystyksen yhteydessä. Uudistuksen tunnistetaan edellyttävän terveydenhuollossa työskentelevien sosiaalialan ammattilaisten työnkuvan muokkaamista ja / tai uuden henkilöstön rekrytointia, jotta sosiaalipäivystyksen voimavarat ja osaaminen voidaan turvata. Yhtenä vaihtoehtona esitetään terveysosiaalityön toteuttamista osana kunnallista sosiaalityötä, jolloin terveysosiaalityöntekijät voivat muun työnsä ohella tehdä palvelutarpeen arviointeja ja sosiaalihuoltolainsäädännön mukaisia päätöksiä. Toisena vaihtoehtona esitetään nykyistä tiiviimpää yhteistyötä sairaalan sosiaalityöntekijöiden ja kunnan sosiaalityöntekijöiden välille. Tällöin terveysosiaalityöntekijät arvioisivat kiireellisen avun tarvetta päivystyksissä ja osallistuisivat sosiaalitoimen vastuulla olevan palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ilman itsenäistä vastuuta ja päätöksenteko-oikeutta. Tässä mallissa sairaalassa työskentelevien terveysosiaalityöntekijöiden organisatorinen paikka säilyisi sairaanhoitopiirien alaisuudessa. Konkreettisten ehdotusten lisäksi luonnoksessa esitetään, että terveysosiaalityöntekijät siirtyisivät vastaamaan osittain päivystyksellisestä työstä. Päivystyksellisen työn yhteydessä mainitaan, että sosiaalipäivystyksessä terveysosiaalityöntekijöiden työnkuvaa olisi mahdollista kehittää enemmän asiakkaiden ja heidän omaistensa tueksi. Sitä, millaista tukea terveysosiaalityöntekijä tarjoaisi, ei ole erikseen määritelty. Luonnoksessa määritellään kuitenkin yleisellä tasolla psykososiaalisen tuen sisältöjä, joten myös terveysosiaalityön tehtäväkuva painottuisi todennäköisesti päivystyksessä toteutettavaan psykososiaaliseen työskentelyyn.

Terveysosiaalityön resurssin tarkoituksenmukaista kohdentamista kannatetaan *lausunnoissa*. Yli puolet lausunnoista puolustaa terveysosiaalityölle annettavia riittäviä valtuuksia sosiaalihuollon tarpeen arviointiin ja päätöksentekoon. Terveysosiaalityön siirtämistä osaksi sosiaalipäivystystä ei juuri kannateta, mutta 40 % lausunnonantajista suosittaa päivystyksellisten tehtävien liittämistä osaksi terveysosiaalityötä. Myös terveysosiaalityön laajentamista virka-ajan ulkopuolelle ja läsnäoloa terveydenhuollon päivystyksissä ehdotetaan. Tällöin terveysosiaalityön tehtäväkuva ja rooli muuttuisivat jossain määrin, mutta sen perustehtävä säilyisi ennallaan. Kuudessa lausunnossa todetaan, että terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö vastaa nykyisellään potilaiden tarpeisiin. Lausunnoissa huomautetaan, että terveydenhuollon päivystyksessä potilaiden sosiaalihuollon tarve on hyvin harvoin kiireellistä, ja siihen voidaan vastata virka-aikaisella kunnallisella sosiaalityöllä. Terveysosiaalityö ohjaa ja neuvoo potilaita palveluiden piiriin, eikä sille ole välttämätöntä osoittaa

päätöksenteko-oikeutta. Muutamissa lausunnoissa todetaan myös, että sairaalassa olo on vain pieni osa potilaan arkea, eikä terveyssosiaalityön kautta ole mahdollista toteuttaa sosiaalihoitolain mukaista omatyöntekijä-käytäntöä. Terveysosiaalityöntekijät toimivat terveydenhuollon kontekstissa ja asiakassuhteet kestävät potilaan hoitojakson ajan.

*Hallituksen esityksessä* terveyssosiaalityön tehtäviä määrittelevät kohdat ovat muuttuneet osin lausuntojen mukaisesti, osin niiden vastaisesti. Terveysosiaalityö nähdään tarpeelliseksi sovittaa nykyistä paremmin päivystykselliseen työhön ja kunnalliseen sosiaalityöhön. Esityksessä todetaan, että terveyssosiaalityöntekijöillä olisi valmiuksia tehdä päivystystyön edellyttämiä päätöksiä nykyistä enemmän, mutta terveyssosiaalityöntekijöille ei enää esitetä päätöksenteko-oikeutta tai mahdollisuutta tehdä sosiaalihoollon palvelutarpeen arviointeja. Esitykseen on sisällytetty jo luonnoksessa esiintyvä ehdotus yhteistyön tiivistämisestä terveyssosiaalityön ja kunnan sosiaalitoimen välillä niin, että terveyssosiaalityöntekijät ja terveydenhuollon sosiaaliohjaajat arvioivat kiireellisen avun tarvetta päivystyksissä ja osallistuvat sosiaalitoimen sosiaalityöntekijän vastuulla olevaan palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen. Edelleen esityksessä ehdotetaan terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden siirtymistä vastaamaan osittain päivystyksellisestä työstä ja sen sisällä asiakkaiden ja omaisten tukemisesta. Näin psykososiaalinen tukityö korostuu edelleen terveyssosiaalityön päivystyksellisiä tehtäviä pohdittaessa. *Asiantuntijalausunnoissa* nostetaan esille tarve riittäville valtuuksille tarkoituksenmukaiseen päätöksentekoon ja palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen, jotta päällekkäistä työtä voidaan purkaa. Asiantuntijalausunnoissa esiintyy yksittäisiä mainintoja terveyssosiaalityöntekijöiden työnkuvan muokkaamisen edellytyksistä, sosiaalityön laajemmasta uudelleenorganisoinnista sekä terveyssosiaalityöntekijöiden muiden kuin akuutteihin tilanteisiin liittyvien tehtävien huomioimisesta. Lopulta terveyssosiaalityöntekijöiden tehtäviä tai valtuuksia ei kuitenkaan määritellä esitettyä täsmällisemmin sote-uudistuksen valmistelun tässä vaiheessa.

### **6.2.2 Terveysosiaalityön asema**

Terveysosiaalityön asemaan liittyen *luonnoksessa* otetaan kantaa terveyssosiaalityön uudistamiseen ja kytkemiseen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon. Luonnoksessa määritellään, että hoitotyöhön osallistumista lukuun ottamatta terveyssosiaalityö ja -ohjaus voidaan toteuttaa kunnallisena sosiaalityönä. Hallinnollisen vastuun siirtyminen kuntiin edistäisi luonnoksen mukaan työn suuntaamista, sen suunnittelua ja koordinointia sekä kehittämistä ja johtamista. Ehdotuksen yhteydessä todetaan, että uudistuksen myötä työntekijöiden sijoituspaikkaa ei kuitenkaan tarvitsisi vaihtaa. Luonnoksessa terveyssosiaalityö liitetään vahvasti osaksi erikoissairaanhoidon ja sairaalan or-

ganisaatiota, eikä sen asemaa perusterveydenhuollossa nosteta esille. Terveyssozialityön aseman uskotaan vahvistuvan suhteessa terveydenhuollon työhön, mikäli terveyssozialityöntekijöille osoitetaan päätöksenteko-oikeus osaamiseensa kuuluvissa asioissa. Hoitotyöhön osallistumista terveyssozialityön tehtävänä ei tarkenneta luonnoksessa.

*Lausunnoissa* terveyssozialityön liittämistä osaksi kunnallista sosialityötä pääsääntöisesti vastustetaan. Vain yksi lausunto puolustaa terveyssozialityön siirtämistä osaksi kunnallista sosialitoimea. Terveyssozialityötä määritellään osana terveydenhuollon kokonaisuutta, ja terveyssozialityöllä tulisikin lausuntojen perusteella olla vahvistettu asema nimenomaan terveydenhuollon organisaatiossa. Myös lausunnoissa, joissa terveyssozialityön organisatorista paikkaa ei sanallisteta, liitetään se usein rivien välissä osaksi terveydenhuollon kokonaisuutta. Terveyssozialityön vahvistamista perusterveydenhuollossa peräänkuulutetaan. Lausunnoissa otetaan kantaa siihen, että sosialihuollon osaamista on heikennetty perusterveydenhuollon puolella, ja nyt tämän kehityksen kulku tulisi kääntää toiseen suuntaan. Lausunnoista on luettavissa pohdintaa sen suhteen, kumpaan palveluiden kokonaisuuteen terveyssozialityö sijoittuu. Haasteena on, että terveyssozialityö toimii sekä sosiali- että terveydenhuollon palveluiden kentällä, muttei kytkeydy suoraan kumpaankaan kokonaisuuteen. Terveyssozialityön asema sijaitsee palvelujen rajapinnalla, ja aseman tunnustamisesta sekä terveyssozialityön osaamisen tunnistamisesta ja hyödyntämisestä on hajanaisia kokemuksia sekä sosiali- että terveystalvelujen suuntaan.

*Hallituksen esityksessä* terveyssozialityötä ei ehdoteta enää liitettäväksi kunnalliseen sosialitoimeen. Tässä kohtaa lausuntoaineistolla näyttää olleen suora vaikutus hallituksen esityksen muodostumiseen, mutta muutos tarkoittaa samalla, että terveyssozialityöntekijöiden valtuuksia ei lisätä. Kuitenkin hallituksen esityksessä terveyssozialityön uudistamisen tavoitteeksi määritellään edelleen sosiali- ja terveydenhuollon integraation vahvistaminen. Terveyssozialityön asemaa ei kytkeä terveydenhuollon organisaatioon, vaan esityksessä pohditaan sosialipäivystyksen resurssitarpeen määräytyvän osaltaan sen kautta, miten sairaaloissa ”hoitotyössä jo olevien sosialihuollon ammattihenkilöiden” työpanosta voidaan hyödyntää uudistuksessa. Näin terveyssozialityötä esitetään täydentämään terveydenhuollon päivystysten yhteyteen siirtyvien sosialipäivystysten resurssia.

*Asiantuntijalausunnoissa* otetaan vielä kantaa terveyssozialityön asemaan. Kahdessa asiantuntijalausunnossa korostetaan terveyssozialityön aseman vahvistamista terveydenhuollon kokonaisuudessa, myös perusterveydenhuollossa. Terveyssozialityötä määritellään yhä osana terveydenhuoltoa, ja sen asemaa toivotaan yksittäisessä lausunnossa tarkasteltavan osana laajempaa rakenneuudis-

tusta. Ottaen huomioon, ettei hallituksen esityksessä tehty tarkkoja linjauksia sosiaalipäivystysyksiköiden tai sosiaalihuollon kokonaisuuden organisoitumisen, lopullisten tehtävien tai fyysisen sijoittumisen suhteen, on oletettavaa, että sosiaalihuoltoa ja myös terveysosiaalityön asemaa tullaan vielä määrittelemään tarkemmin osana rakenteellisesti laajempaa sote-uudistusta.

### 6.3 Aktiivinen toimijuus ja toimijoiden yhteistyö

#### 6.3.1 Moniammatillinen yhteistyö

Toimijan ja rakenteen suhteessa rakenteistumisen prosessissa vaikuttaa myös *aktiivinen toimijuus*. Tässä yhteydessä toimija toimii sisäisten rakenteidensa ohjaamana. Toimija voi hyödyntää sisäisiä rakenteitaan joko kriittisen strategisesti tai rutiininomaisesti. (Stones 2005, 84–86.) Kategoriaan *aktiivinen toimijuus* sisältyy jäsenyyksiä siitä, kuinka terveysosiaalityö aineistojen valossa puolustaa ja määrittää tehtäviään, osaamistaan sekä yhteistyötään suhteessa muihin toimijoihin. Moniammatillinen yhteistyö saa *hallituksen luonnoksessa* melko suurta huomiota. Tämä selittyy osaltaan sillä, että lainsäädännön uudistamisella valmistellaan sote-uudistusta, jonka keskeisenä periaatteena on sosiaali- ja terveydenhuollon integraation syventäminen. Näin myös luonnoksessa uudistuksen tavoitteiksi määritellään monialaisen yhteistyön vahvistaminen ja sosiaalihuollon toimintaedellytysten turvaaminen sen vastuulle ja osaamiseen kuuluvissa asioissa. Saumattomalla yhteistyöllä tavoitellaan asiakasturvallisuuden ja laadukkaan palvelun lisäksi myös suoria kustannusvaikutuksia. Yhteistyön lähtökohtana on palveluiden toiminnallinen ja fyysinen läheisyys. Luonnoksessa tunnistetaan tarve terveysosiaalityön ja kunnallisen sosiaalityön yhteistyön tiivistämiseen ja raja-aitojen madaltamiseen.

Luonnoksessa todetaan, että koko alueen sosiaalipäivystystä ei edellytetä siirrettäväksi terveydenhuollon päivystyksen yhteyteen. Toiminta tulisi järjestää niin, että terveydenhuollon päivystyksessä sosiaalityöntekijä tai -ohjaaja arvioi kiireellisen avun tarpeen ja potilas voi saada kiireelliset ja välttämättömät sosiaalipalvelut päivystyksen yhteydessä. Tämä edellyttäisi sosiaalipäivystyksen läsnäoloa terveydenhuollon päivystyksissä ainakin virka-aikaan. Tavoitteena on yhteinen toimipiste, josta on mahdollista saada akuuttitilanteessa apu moniammatilliselta tiimiltä. Yhden luukun periaate ei ole sosiaali- ja terveystalouksissa uusi ajatus, mutta tässä yhteydessä sitä lähestytään päivystyksen näkökulmasta. Sekä kiireettömän että kiireellisen hoidon yhteydessä tulisi arvioida mahdollinen sosiaalihuollon tarve, jotta potilaalle mahdollistuisi saumaton palvelukokonaisuus. Luonnoksessa mainitaan, että vaikka sosiaalihuollon tarpeen arviointi on määritelty sosiaalihuoltolaissa, ei lain



tarkoitus ole ohjata tekemään tarvearviointia vain sosiaalihuollon näkökulmasta. Luonnoksessa korostetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuutta arvioida potilaan ilmeinen sosiaalihuollon tarve kiireellisen ja kiireettömän hoidon yhteydessä. Tavoitteena on sosiaalipalvelujen yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus terveyspalvelujen rinnalla, kokonaisvaltaisuus ja asiakaslähtöisyys. Muutoksella tavoitellaan sitä, että arvio mahdollisesta sosiaalipalvelujen tarpeesta tulisi luontevaksi ja toistuvaksi osaksi myös terveydenhuollon ammattilaisten työtä, mikä osaltaan edistäisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä päivittäisen työn lomassa. Sääntelyllä myös ehkäistäisiin sellaisen sosiaalihuollollisen tarpeen kasautuminen sosiaalipäivvystykseen, johon olisi mahdollista vastata virka-aikaisilla palveluilla.

Luonnoksen mukaan tarkoituksena on, että uudistuksen toteutuksessa otetaan huomioon terveydenhuollossa jo nykyisin tehtävä sosiaalityö ja -ohjaus, ja pyritään sovittamaan ne nykyistä paremmin sekä päivvystykselliseen työhön että kunnan sosiaalitoimessa toteutettavaan työhön. Terveys- ja sosiaalityön ja kunnallisen sosiaalityön raja-aidan madaltaminen ja yhteistyökäytäntöjen tiivistäminen nähdään luonnoksessa tarpeellisenä. Luonnoksessa todetaan, että tällä hetkellä terveys- ja sosiaalityöntekijöiden yhteistyökokemukset sosiaalipäivvystyksen kanssa ovat hajanaisia. Nämä kaksi tahoja eivät muodosta toiminnallista jatkumoa potilaan sosiaalihuollollisessa prosessissa, sillä sosiaalipäivvystys ohjaa sosiaalihuollon tarpeessa olevat potilaat kunnallisen sosiaalityön piiriin. Yhteistyöllä kunnallisen sosiaalitoimen kanssa mahdollistetaan yhdenaikainen hoidon ja palvelutarpeen kartoittaminen, joka edistää asiakkaalle tarkoituksenmukaisten palvelujen nopeaa käynnistymistä. Tavoitteena on tukea moniammatillisten yhteistyökäytäntöjen kehittymistä ja sen myötä turvata sosiaalihuollon toimintamahdollisuuksia alansa kuuluvissa asioissa.

*Lausunnot* ottavat monisanaisesti kantaa luonnoksen yhteistyönäkökulmiin. Moniammatillisten käytäntöjen vahvistamista toivotaan lausuntoaineistossa, mutta yleisesti riskinä nähdään sosiaalipäivvystyksen yhteistyökäytäntöjen toimimattomuus muiden kuin terveydenhuollon toimijoiden kanssa, mikäli sosiaalipäivvystys siirretään toimimaan terveydenhuollon päivvystyksen yhteyteen. Uhkana mainitaan, että yhteistyö tärkeimpien yhteistyötahojen kuten poliisin kanssa heikkenee. Lausunnoissa tuodaan esille, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö painottuu ei-kiireelliseen palveluun. Päivvystysten yhdistymisen vaihtoehtoina ehdotetaan muun muassa terveys- ja sosiaalityön tiiviimpää yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa, tiedonvaihdon kehittämistä eri toimijoiden välillä ja sähköisten konsultaatioiden mahdollisuutta. Tällöin yhteistyön syventäminen ei edellytä päivvystystoimintojen yhdistämistä. Ottaen huomioon, että päivvystyksellisten tehtävien liittäminen osaksi terveys- ja sosiaalityötä puollettiin lausunnoissa voimakkaasti, esittää yllättävän harva lausunto (20 %)

terveysosiaalityötä terveydenhuollon päivystystä tukevaksi sosiaalihuollon yhteistyötahoksi ja terveysosiaalityön läsnäoloa terveydenhuollon päivystyksessä.

Moniammatillisia palvelupisteitä myös puolustetaan lausunnoissa ja niiden etu asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen näkökulmasta tunnustetaan. Vain yksi lausunto ottaa kantaa siihen, että terveysosiaalityö voisi toimia moniammatillisten työkäytäntöjen airuena. Terveysosiaalityön roolia moniammatillisen yhteistyön vahvistamisessa perustellaan lausunnossa sillä, että yhteistyö on saumattomampaa, kun sosiaalihuolto terveysosiaalityön kautta toimii osana terveydenhuollon organisaatiota. Moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu päivystyksellisissä kysymyksissä, mikäli terveysosiaalityö liitetään osaksi terveydenhuollon kontekstissa toteutettavaa sosiaalipäivystystä tai terveysosiaalityölle osoitetaan päivystyksellisiä tehtäviä. Sosiaalihuollon tarpeen arviointi terveydenhuollon henkilöstön toimesta herättää hämmennystä lausunnonantajien keskuudessa. Lähes puolet lausunnonantajista huomauttaa terveydenhuollon henkilöstöä koskevan voimassaoleva velvollisuus potilaan ohjaamiseksi sosiaalihuollon palvelujen piiriin tarpeen ollessa ilmeinen. Toisaalta sosiaalihuollon tarpeen arvioinnin korostamista kiireellisen ja kiireettömän hoidon yhteydessä kiitetään. Sosiaalihuollon edustajat tunnistavat tarpeen myös terveydenhuollon henkilöstön lisääntyvälle ymmärrykselle sosiaalihuollollisista kysymyksistä.

*Hallituksen esitys* pitää useassa kohtaa kiinni luonnoksessa esitetyistä moniammatillisen yhteistyön periaatteista. Luonnoksessa sanoitetut tavoitteet moniammatillisen yhteistyön edistämisestä ja sosiaalihuollon toimintaedellytysten turvaamisesta ovat pysyneet ennallaan. Sosiaalihuollon tarve tulee edelleen arvioida sekä kiireellisen että kiireettömän hoidon yhteydessä, mutta kohtaa on tarkennettu niin, että terveydenhuollon henkilöstö ohjaa potilaan hakemaan sosiaalihuollon palveluja ja kunnallinen sosiaalitoimi arvioi sosiaalihuollon tarpeen. Esityksessä todetaan, että muutos korostaa terveydenhuollon ammattihenkilön olemassa olevaa velvollisuutta ohjata potilas sosiaalihuollon piiriin kun palveluntarve on ilmeinen. Terveysosiaalityöntekijän tekemä palvelutarpeen arviointi jää yhteistyön ulkopuolelle, koska terveysosiaalityötä ei olla liittämässä kunnalliseen sosiaalitoimeen. Sote-uudistuksen edetessä ja maakuntien muodostuessa tätä vastuunäkökulmaa joudutaan kuitenkin pohtimaan uudelleen, kun kunnallista sosiaalitoimea ei enää ole, vaan viranomaistehtävistä vastaa maakunta. Hallituksen esitykseen sisältyy maininta terveysosiaalityön ja kunnallisen sosiaalityön yhteistyön lisäämisestä ja tiivistämisestä. Myös yhdessä *asiantuntijalausunnossa* toivotaan selkeää yhteistyötä viranomaisten kesken ja yhteistyökäytäntöjen kehittämistä. Sosiaalityöntekijän läsnäoloa terveydenhuollon päivystyksessä toivottiin parissa *asiantuntijalausunnossa*, ja näin puolustettiin sosiaalihuollon osaamisen merkitystä moniammatillisessa yhteistyössä ja kiireellisessä tilan-

teessa. Muuten asiantuntijalausunnoista saa käsityksen, että moniammatillisen työn määrittelyihin ja rakenteistumiseen ollaan tyytyväisiä.

### 6.3.2 Osaaminen

Aktiivinen toimijuus ilmenee myös osaamisen rajojen määrittelyjen ja ammatillisen asiantuntijuuden puolustamisen muodossa. Tässä kohtaa *luonnos* on sangen vähäsanainen. Osaamista kartoitetaan lähinnä toteamalla, että terveydenhuollon henkilöstö arvioi sosiaalihuollon tarpeen oman osaamisensa pohjalta. Toinen osaamiseen liittyvä näkökulma on se, että päivystyksessä on oltava riittävää osaamista. Luonnoksessa terveyssosiaalityön ja sosiaalipäivystyksen välille tehdään eroa määrittelemällä tehtävien sisältöjä, ja näin rakennetaan myös niissä vaadittavaa osaamista. Terveys-sosiaalityö määritellään luonnoksessa ruumiillisista ja mielenterveyden sairauksista kärsivien potilaiden hoidossa avustamiseksi, palveluohjaukseksi ja neuvonnaksi. Sosiaalipäivystykseen liittyen tunnistetaan tarve ”*sosiaalipäivystyksen toimintamallien kehittämiseen, palvelujen riittävään resursointiin, työntekijöiden ammatillisen osaamisen jatkuvaan vahvistamiseen sekä moniammatillisten yhteistyökäytäntöjen hiomiseen.*” (Luonnos hallituksen esitykseksi... 2016, 12).

*Lausunnoissa* ei ilmene yhtenäistä linjaa osaamisen määrittelyihin tai puolustamiseen. Jotkin osaamiseen liittyvät sisällöt saavat kuitenkin useampia mainintoja ja osaamista määritellään yleisesti hyvin runsaasti. Ensinnäkin sosiaalipäivystyksen ja terveyssosiaalityön erilaisuutta ja toisiaan täydentävää luonnetta tuodaan esiin useammassa lausunnossa. Lausunnoissa todetaan myös, etteivät edellä mainitut erityisalat voi korvata toisiaan. Suorien kannanottojen lisäksi useassa lausunnossa tehdään eroa sosiaalipäivystyksen ja terveyssosiaalityön välillä määrittelemällä kummankin kentän tehtäviä ja keskeistä osaamis-pääomaa. Terveys-sosiaalityön vaatima osaaminen ja ammattitaito käsitteellistetään erityisesti kahdeksassa lausunnossa. Myös sairaalassa tehtävän sosiaalityön osaamisen laajentamista muun muassa lastensuojelullisiin kysymyksiin sekä sosiaalihuollon muiden ammattiryhmien, eli sosionomien ja geronomien, osaamisen hyödyntäminen nostetaan esille muutamassa lausunnossa. Terveydenhuollon henkilöstön tekemää sosiaalihuollon tarpeen arviointia oman osaamisensa pohjalta kyseenalaistetaan. Terveys-sosiaalityöntekijöiden osaamiseen vedotaan kymmenessä prosentissa lausunnoista, kun puhutaan sosiaalihuollon tarpeen arvioinnista terveydenhuollon yhteydessä

*Hallituksen esityksessä* määritelmä, jonka mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi sosiaalihuollon tarpeen osaamisensa pohjalta, on säilynyt ennallaan. Aiemmin mainittu jaottelu, jonka

mukaan potilas ohjataan terveydenhuollon ammattihenkilön arvion pohjalta sosiaalihuollon piiriin sosiaalipalvelujentarpeen arvioimiseksi kuitenkin tarkentaa, ettei terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi koko sosiaalihuollon palvelujen tarvetta, vaan rooli on ohjaava. Esityksessä otetaan huomioon ja sanallistetaan terveyssosiaalityön ja sosiaalipäivystyksen edellyttämä erityisosaaminen. Myös se, etteivät ne voi korvata toisiaan, mutta sopivat täydentämään toisiaan, on myös viety lausunnoista hallituksen esitykseen. Esityksessä terveyssosiaalityön vaatimaa osaamista ja sen tehtäviä on tarkennettu ja ajanmukaistettu. Esityksessä terveyssosiaalityön määritelmä on laajentunut merkittävästi ja sisältää somaattisten ja psykiatristen sairauksien hoidossa avustamisen lisäksi muun muassa kokonaisnäkömyksen potilaan tilanteesta, laajan asiantuntemuksen palvelujärjestelmästä ja sen soveltamisesta, psykososiaalisen työn, monialaisen verkostotyön sekä kuntoutuksen suunnitteluun osallistumisen. Terveyssosiaalityön tehtävää määritellään sekä varhaiseksi tueksi ja ennaltaehkäiseväksi työksi että päivystykselliseksi työksi ja kiireelliseksi psykososiaalisesti työksi. Terveyssosiaalityössä ja kunnallisessa sosiaalityössä tunnistetaan myös päällekkäisyyttä etenkin palvelutarpeen arvioinnissa, sillä terveyssosiaalityön osaaminen ulottuu myös potilaan palvelutarpeen arviointiin.

Osaamiseen liittyen myös *asiantuntijalausunnnot* ovat kantaaottavia. Yli puolet asiantuntijalausunnoista painottaa edelleen terveyssosiaalityön erityisosaamista. Myös sosiaalipäivystyksen ja terveyssosiaalityön välille tehdään eroa. Yhdessä asiantuntijalausunnossa todetaan, että terveydenhuollon sisällä on varmistettava riittävä päivystyksellisen sosiaalityön ja sosiaalihuollollisen tarpeen arvioinnin osaaminen, eikä sosiaalipäivystyksen siirtäminen terveydenhuollon päivystyksen yhteyteen riitä vastamaan tähän tarpeeseen. On mielenkiintoista havaita, että periaatteessa terveyssosiaalityötä hyvin kapeasti rakenteistava lakimuutos aiheuttaa voimakkaita reaktioita terveyssosiaalityön osaamisen puolesta. Reagointi on kuitenkin ymmärrettävää, sillä vaikka esitys koskeekin suoraan sosiaalipäivystystä, määrittää se välillisesti myös terveyssosiaalityötä. Tässä kohtaa analyysissä korostuu erityisesti se, että lausuntoaineistot edustavat tiettyä näkökulmaa, tunnistavat ja puolustavat terveyssosiaalityön asiantuntemusta ja erityisosaamista. Lausuntoaineisto edustaa vain pientä osaa kaikista lakimuutosta koskien annetuista lausunnoista. Merkittävää on kuitenkin se, että suppeahkon lausuntoaineiston vaikutus hallituksen lopullisessa esityksessä käsitteellistettyyn terveyssosiaalityön osaamisen ja tehtävien määritelmään on ollut sangen suuri.

## 6.4 Lopputulokset ja uudistuksen mahdolliset vaikutukset

*Lopputulokset* ovat toiminnan seurauksia, ja ne voivat liittyä ulkoisiin rakenteisiin, sisäisiin rakenteisiin tai tapahtumiin. Lopputulosten kautta rakenteistumisen prosessi täydellistyy, ja sote-uudistuksen valmistelun tässä vaiheessa lopputulokset näyttäytyvät aineistoissa tunnistettuina potentiaalisina seurauksina. Lopputuloksissa toiminta ja rakenteet ovat vuorovaikutuksessa, jolloin toiminnalla muutetaan tai uusinnetaan sekä ulkoisia että sisäisiä rakenteita. (Greenhalgh & Stones 2010, 1288; Stones 2005, 84–86.) Aineistoissa lopputulokset-kategoria koostui uudistuksen valmistelun muodostamista uhkista ja mahdollisuuksista terveyssozialityöhön liittyen. Aineistoissa tunnistetaan myös muutamia konkreettisia ulkoisiin rakenteisiin liittyviä edellytyksiä uudistuksen toteutumisen onnistumiselle. *Luonnoksessa* todetaan, että hoitotyö ei osaa riittävästi hyödyntää sosiaalityön voimavaroja, jolloin kaikki sosiaalihuollon palveluja tarvitsevat eivät ohjaudu sosiaalityöntekijän arvioon. Yhteistyön uhkana nähdään, ettei yhteistä asiakaslähtöistä prosessia toteuteta, vaan asiakasohjauksessa ja yhteistyössä on puutteita molemmiin puolin. Ratkaisuna luonnoksessa esitetään rakenteiden uudistamista sote-uudistuksen tavoitteiden suuntaisesti. Tietojärjestelmien yhteensopivuus, saumattoman tiedonkulun mahdollistaminen ja koulutustarpeet tunnistetaan luonnoksessa. Terveystenhuollon henkilöstöä tulee perehdyttää siihen, millaisiin tarpeisiin sosiaalihuollon palveluilla pyritään ja kyetään vastamaan. Osaan koulutustarpeista voidaan esityksen mukaan vastata tavanomaisella täydennyskoulutuksella, mutta päivystystyöhön osallistuvat saattavat tarvita lisäkoulutusta kriisityön osaamiseen. Luonnoksessa tuodaan esiin, että suunnitellut muutokset vaativat terveyssozialityöntekijöiden perehdyttämistä sosiaalipäivystystyöhön ja muun muassa lastensuojelullisen työn sisältöihin.

Samoja koulutustarpeita vahvistetaan myös *lausunnoissa*. Sekä terveyssozialityöntekijöiden että terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen varmistaminen nähdään ensiarvoisen tärkeänä, ja vastaavasti uhkana mainitaan terveydenhuollon henkilöstön puutteellinen ammattitaito sosiaalihuollon tarpeen arvioinnissa. Suurimpana uhkana lakimuutosten onnistuneelle toteuttamiselle nähdään sote-uudistuksen keskeneräisyys ja lakimuutosten kiirehtimistä kyseenalaistetaan. Lausunnoissa on havaittavissa huolta myös sosiaalityön eri osa-alueiden kaventumisesta. Muutama lausunnonantaja ilmaisee suoraan huolensa terveyssozialityön roolin kaventumisesta, osa taas sosiaalipäivystyksen roolin kaventumisesta. Huolta perustellaan sillä, että nämä kentät ollaan yhdistämässä tunnistamatta täysin niiden erityislaatuista tehtäviä ja tarvetta kentällä. Sosiaalityön aloilla on laajaa eriävyyttä sen suhteen, mihin tarpeeseen milläkin palvelulla pyritään vastaamaan. Esitetyssä mallissa terveyssozialityölle osoitettaisiin vähintään päivystyksellisiä tehtäviä, ellei sitä liitettäisi kaikki-

neen osaksi terveydenhuollon yhteydessä toimivaa sosiaalipäivystystä. Terveyssozialityön osalta huolta herää potilaiden kiireettömän sosiaalihuollon tarpeen huomiotta jäämisestä sekä niiden potilaiden kohtaamattomuudesta, jotka eivät ohjaudu kunnallisen sosiaalihuollon piiriin. Terveyssozialityön muita kuin kiireellisiä tehtäviä ei tuoda lausuntojen valossa luonnoksessa tarpeeksi esille.

Lausunnot eivät kuitenkaan ole ainoastaan epätoivon sävyttämiä, vaan uudistuksessa tunnistetaan myös mahdollisuuksia. Maininnat ovat yksittäisiä, ja enimmäkseen mahdollisuudet on tunnistettu jo edellisten aineistokategorioiden yhteydessä. Lausunnoissa kuitenkin nähdään, että terveyssozialityön säilymisen tarve tunnistetaan ja tämä voi johtaa uuden henkilöstön rekrytointiin. Myös terveyssozialityön sosiaalihuollollisen konsultointiroolin vahvistuminen voi olla uudistuksen mukanaan tuoma mahdollisuus. Näitä mahdollisuuksia ei tuotu *hallituksen esitykseen*. Itseasiassa lopputuloksiin liittyviä muutoksia ei ilmennyt luonnoksen ja lopullisen esityksen välillä. Tavoitteet pidettiin samoina, ja koulutustarpeet sekä tiedonkulun varmistaminen ovat esityksessä tunnistettuja edellytyksiä uudistuksen onnistumiselle. *Asiantuntijalausunnot* toistavat yleiseen lausuntopyyntöön vastanneiden lausuntojen kaikuja, eikä tähän kategoriaan tuotettu uudistuksen loppuvaiheessa uusia ja merkittäviä sisältöjä kummaltakaan rakenteistavalta taholta. Koska terveyssozialityöntekijöiden lisä- ja täydennyskoulutuksen tarve päivystyksellisiin tehtäviin sanallistetaan kaikissa aineistoissa, on hyvin luultavaa, että mahdollisena lopputuloksena terveyssozialityö tulee rakenteistumaan uusiin uomiin sote-uudistuksen edetessä.

## 6.5 Terveyssozialityön rakenteistuminen uusiin uomiin

Millaisen kokonaiskuvan terveyssozialityön rakenteistumisesta aineistot lopulta muodostavat? Seuraavassa pyrin vastaamaan tutkimuskysymyksiin aineiston analyysin pohjalta. Vastaan tutkimuskysymyksiin yksi kerrallaan, ja tässä kohtaa irrottaudun rakenteistumisen neliosaisen luonteen kategorioista muodostaakseni analyysistä kokonaiskuvan.

### ***1. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen julkisasiakirjat rakenteistavat terveyssozialityötä ja millaista vuoropuhelua ne käyvät terveyssozialityöhön liittyen?***

Rakenteistuminen tarkoittaa rakenteiden muodostumista rakenne-toimija-suhteessa. Rakenteistumisessa toimijat ja rakenteet tulevat yhteen prosessiksi, jossa rakenteita todellistetaan toiminnan kautta samalla kun toimintaa määrittävät rakenteet. (Kotkas 2010, 97–98.) Tässä yhteydessä toiminta, jon-

ka kautta rakenteita todellistetaan, on kirjallista ilmaisua, jossa toimijat ilmaisevat teoreettista ymmärrystään käytännön todellisuudesta (vrt. emt., 98–100). Uudistuksen julkisasiakirjat sisältävät niin hallituksen tuottamat esitykset kuin niitä koskien tuotetut toimijoiden puheenvuorot. Analyysin kulussa kävi ilmi, että terveysosastoalituksen rakenteistumista määrittävät enemmän rakenteen säännöt ja resurssit kuin toimijoiden puheenvuorot, mutta molemmilla on paikkansa prosessin kulussa.

Hallituksen esityksessä 224/2016 sanallistetaan sitä, kuinka toimijat on huomioitu lakimuutosten valmistelussa. Toimijoiden osallistaminen valmisteluun aloitettiin keväällä 2016, jolloin järjestettiin viisi alueellista kuulemistilaisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Päivystysuudistusta on jatkettu näiden kuulemisten, erillisten kuulemistilaisuuksien sekä kyselykartoitusten pohjalta. ”[–] taustatietona on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön keväällä 2016 tilaamaa tietopyyntökyselyä alueellisten sosiaalipäivystysten tilanteesta. Samanaikaisesti kartoitettiin myös sairaanhoitopiireissä tehtävän sosiaalityön resursseja ja tilannetta kyselykartoituksen avulla.” (HE 224/2016, 49.) Esityksessä todetaan myös, että asiassa on järjestetty kuulemistilaisuuksia touko-syyskuussa 2016. Kuulemistilaisuuksissa on kuultu erikoissairaanhoidon edustajia operatiivisen ja kirurgian alojen työnjakoon liittyen. Erikoisalakohtaisesti järjestettiin

*[–]esimerkiksi psykiatrian alojen, lastentautien sekä kuntoutuksen erikoisalan kuulemiset. Operatiivisten ja konservatiivisten erikoisalojen asiantuntijoille järjestettiin elokuussa 2016 kaksi laajaa kuulemistilaisuutta. Näihin tilaisuuksiin osallistui yhteensä noin 90 konservatiivisten ja diagnostisten alojen asiantuntijaa. Syyskuussa 2016 lausuntokierroksen jälkeen järjestettiin kuuleminen sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille. (HE 224/2016, 50.)*

Huomiota kuulemistilaisuuksiin liittyen herättää, ettei sosiaalipuolen toimijoita ole juurikaan kuultu luonnoksen julkaisun jälkeen, kun terveydenhuollon toimijoille puolestaan on edelleen järjestetty kuulemistilaisuuksia. Hallituksen esitysluonnoksessa todetaan, että lain valmistelussa on otettu huomioon kuulemiskierroksella saatu palaute ja näkökulmat sekä lausuntopalaute. Valtaosa lausunnonantajista suhtautuu esitettyihin muutoksiin hyväksyvästi. Uudistusten tarve tunnustetaan ja niitä pidetään perusteltuina. ”Lausuntopalautteessa 81,8 prosenttia lausunnon antaneista piti esitettyjä muutoksia tarpeellisina, 15 prosenttia ei pitänyt ehdotettuja muutoksia tarpeellisina ja 3 prosenttia ei ottanut kantaa.” (HE 224/2016, 49–50.) Lausunnoissa kuitenkin suhtaudutaan myös kriittisesti hallituksen esitysluonnokseen ja esitykseen, sen puutteita sanallistetaan ja tarkennuksia vaaditaan.

Analyysin pohjalta voidaan todeta, että aineistot käyvät vuoropuhelua terveyssozialityöhön liittyen. Lausunnot ottavat kantaa hallituksen luonnokseen ja esitykseen, ja saavat tosiasiallisesti aikaan myös muutoksia terveyssozialityön rakenteisiin liittyen. On todettava, että terveyssozialityö rakenteistuu kuitenkin lopulta hallituksen linjausten, eli rakenteiden, ehdoilla. Ne huomautukset, toiveet ja selvennykset, jotka palvelevat uudistuksen tavoitteita ja sen läpivientiä, on sisällytetty lopulliseen hallituksen esitykseen. Tästä toimii esimerkkinä se, että terveyssozialityön resurssin tarkoituksenmukainen kohdentaminen esitetään hallituksen esityksessä olemassa olevien resurssien uudelleenohjauksena vahvistamaan sosiaalipäivystyksen resurssitarvetta. Kuitenkaan käytännön rakenteita, kuten resurssien jakautumista käytännössä, terveyssozialityön organisatorisen paikan määrittelyä tai päällekkäisen työn purkamiseen liittyviä konkreettisia keinoja ei tuoteta rakenteellisessa aineistossa toimijoiden kannanotoista huolimatta. Toimijoille tarjotaan lakimuutosten valmistelussa mahdollisuutta tuottaa uudistusta palvelevia näkökulmia ja vaihtoehtoisia toimintatapoja. Se, kuinka nämä vaihtoehdot otetaan huomioon lopullisessa esityksessä, vaihtelee.

Tilanteissa, joissa toimijat esittävät runsaasti toisiaan vahvistavia lausuntoja, on lausunnoilla myös enemmän vaikutusta lopulliseen esitykseen. Tällainen vuoropuhelun ja vaikuttamisen paikka näyttyy esimerkiksi sosiaalipalvelujen keskittämiseen liittyen suoran asetuksella säätämisen vastustamisessa, joka johti siihen, että palvelujen kehittymistä kentällä seurataan ennen asetuksella säätämistä. Myös terveyssozialityön rakenteistumiseen liittyen joukkovoimalla on vaikutusta. Terveyssozialityön resurssin tarkoituksenmukaista kohdentamista ja päivystyksellisten tehtävien liittämistä osaksi terveyssozialityötä puolustetaan lausunnoissa usein, ja ne myös säilytetään periaatteellisella tasolla hallituksen esityksessä. Lausuntoaineiston vaikutuksesta terveyssozialityön nykyistä erityisosaamista ja tehtäviä määritellään merkittävästi laajemmin hallituksen esityksessä kuin luonnoksessa. Luonnoksessa kaavailusta terveyssozialityön liittamisestä kunnalliseen sosiaalitoimeen luovutaan hallituksen esityksessä. Toisaalta taas terveyssozialityölle lausunnoissa toivottuja riittäviä valtuuksia sosiaalihuollon tarpeen arviointiin ja päätöksentekoon ei määritellä rakenteellisella tasolla, mikä saattaa osaltaan johtua sote-uudistuksen keskeneräisyydestä ja siitä, ettei tarkkarajainen määrittely olisi tässä kohtaa uudistuksen valmistelua palvellut tarkoitustaan.

Rakenteellinen aineisto, ja sitä myöten rakenteita luova taho, myös vastuuttaa toimijoita uudistuksen tavoitteiden saavuttamisessa ja läpiviemisessä. Rakenteellisen tason määrittelyt jättävät paljon liikkumavaraa käytännön toimijoille moniammatillisuuden edistämässä, uusien yhteistyökäytäntöjen luomisessa ja työnkuvien muokkaamisessa. Tavoitteet tehdään selviksi sote-uudistusta valmisteluvissa asiakirjoissa, mutta käytännön välineitä ei juurikaan tarjota. Välillä hallituksen esitys on jo-



pa yllättävän epämääräinen ja ristiriitainen, muun muassa terveysosiaalityön päivystykselliseen tulevaisuuteen liittyen. Tehtäviä ei määritellä, mutta lisäkoulutusta tehtävien hoitamiseksi linjataan tarvittavan. Lausunnoissa ehdotetaan konkreettisia välineitä terveysosiaalityön rakenteiden selkiyttämiseen, kuten sen aseman vahvistamista lainsäädäntöön, laajentamista virka-ajan ulkopuolelle ja vahvistamista perusterveydenhuollossa. Näitä ehdotuksia ei kuitenkaan tuoda esille hallituksen esityksessä, vaan terveysosiaalityön rakenteistumisen linjaus jätetään puolitiehen. Hallituksen esitys perusteluosineen on asiakirja, johon voidaan vedota, kun säädöstekstistä tehdään tulkintaa (Vrt. Laakso 2012; ks. laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta 1517/2016 ja laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1516/2016), mikä saattaa osaltaan selittää lainvalmistelijan tarkoituksen ilmaisemisen epämääräisyyttä.

Hieman yllättäen on todettava, että asiantuntijalausunnot, joilla uskon olevan yleisiä lausuntoja suurempi merkitys uudistuksen valmistelussa, jäävät hyvin vähälle huomiolle. Eduskunnan vastauksessa ja valiokuntien lausunnoissa ei tuoda esiin muutosehdotuksia perustuen asiantuntijalausuntojen sisältöihin. Voi toki olla, että asiantuntijalausunnot ovat tuottaneet tietoa ja näkökulmia, jotka sote-uudistuksen edetessä vielä osaltaan vaikuttavat terveysosiaalityön rakenteistumiseen. Osaltaan vähäinen vaikutus voi selittyä sillä, että asiantuntijalausuntoja antoivat sellaisetkin tahot, jotka olivat tuottaneet lausunnot myös esitysluonnosta koskien. Näin ollen lausuntojen sisällöt toistavat jo annettujen ja huomioitujen lausuntojen keskeisiä sisältöjä. Tämän huomion yhteydessä on pohdittava myös sitä, mitä uudistuksesta kertoo se, että asiantuntijalausunnoissa toistuvat samat ihmettelyt ja toiveet, jotka esiintyvät jo esitysluonnosta koskien annetuissa lausunnoissa. Kertautumisen perusteella voidaan tehdä se johtopäätös, että asiantuntijalausuntoja antaneet tahot ovat ainakin osittain tyytymättömiä siihen valmistelun tasoon ja lausuntoaineiston huomioimiseen, jota hallituksen esitystä linjattaessa on suoritettu.

## ***2. Kuinka sote-uudistuksen valmistelu mahdollisesti vaikuttaa terveysosiaalityön rooliin ja tehtäviin tulevaisuudessa?***

Terveysosiaalityön tulevia tehtäviä määrittää pitkälti se, mihin organisaatioon työ tullaan liittämään. Samalla tavalla kaikkien aiemmin analyysissä esiin nostettujen asioiden kytkeytymien terveysosiaalityön todellisuuteen riippuu siitä, mihin organisaatioon terveysosiaalityö sijoittuu uudistuksen edetessä. Analyysissä on otettu huomioon ja tarkasteltu myös sellaisia seikkoja, joita ei suoraan mielletä terveysosiaalityöhön kuuluviksi, kuten päivystyksessä tehtävää yhteistyötä ja sosiaalipalvelujen keskittämistä. Mikäli terveysosiaalityö jatkossa kuitenkin irrotetaan sairaalan or-

ganisaatiosta ja liitetään esimerkiksi osaksi maakunnan palvelulaitosta, on hyvin todennäköistä, että sen tehtävät ja rooli muuttuvat enemmän analyysissä hypoteettisena mahdollisuutena esitettyyn suuntaan. Osana maakunnan palvelulaitosta myös terveysosiaalityö tulee todennäköisesti saamaan viranomaisroolin, mahdollisuuden palvelutarpeen arviointien tekemiseen ja päätöksentekooikeuden. Analyysin pohjalta voidaan todeta, että terveysosiaalityön tehtävien muuttuminen tulevaisuudessa vaikuttaa hyvin todennäköiseltä. Mikäli terveysosiaalityön hallinnollinen asema säilyy terveydenhuollon organisaatiossa sote-uudistuksen yhteydessä, sen tehtävät määrittyvät eri tavalla tai voivat jopa pysyä ennallaan. Missään analysoidussa asiakirjassa ei tuoda esiin vaihtoehtoa, jonka mukaan terveysosiaalityö voisi sote-uudistuksen edetessä toteutua myös yksityisten palveluntarjoajien kautta, joten terveysosiaalityö säilynee julkisen sektorin palveluna. Mitään tosiasiallista estettä sille, ettei terveysosiaalityö nykyisenkaltaisena ohjaavana ja neuvovana erityisalana voisi toteutua myös muiden kuin maakunnan toteuttamana, ei ole. Näin toteutettuna terveysosiaalityö voisi periaatteessa vahvistua myös perusterveydenhuollon puolella. Kuitenkaan siitä, että muut tuottajat sitoutuisivat erityisalan laajentamiseen omien intressiensä ohjaamana, ei ole takeita.

Esitysluonnoksessa terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö määritellään ruumiillisista ja mielenterveyden sairauksista kärsien potilaiden hoidossa avustamiseksi. Psykiatrian puolella monella sosiaalityöntekijällä todetaan olevan terapeutin työote ja terapeutin koulutus. Ruumiillisten sairauksien kohdalla sosiaalityö puolestaan keskittyy potilaan fyysiseen sairauteen. Luonnoksessa terveysosiaalityön tehtävissä korostuvat palvelutarpeen arviointi ja sen perusteella toteutettava neuvonta ja palveluohjaus, joiden kautta tavoitellaan sitä, että potilas pystyy elämään sairautensa kanssa parhaalla mahdollisella tavalla. Lausuntoaineistot laajentavat terveysosiaalityön määrittelyä, ja etenkin Terveysosiaalityöntekijät ry on määritellyt terveysosiaalityön vaatimaa erityisosaamista. Terveysosiaalityöntekijän erityisosaaminen perustuu kokonaisnäkemykseen sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Lausunnoissa toistuvat kaikki Terveysosiaalityön nimikkeistössä (2007) ilmenevät terveysosiaalityön tehtäväalueet eli sosiaalinen arviointi ja suunnittelu, sosiaalisen toimintakyyn tukeminen, yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö, asiantuntija- ja koulutustehtävät sekä hallinto ja kehittäminen. Näiden keskeisten sisältöjen kautta terveysosiaalityötä määritellään lausunnoissa usealla eri tavalla. Oli ilahduttavaa huomata, että hallituksen lopullisessa esityksessä terveysosiaalityön tehtäviä ja merkitystä tunnistetaan laajemmin ja sanallistetaan monipuolisesti.

Hallituksen tuottamissa asiakirjoissa terveysosiaalityö omana erikoisalanaan sivuutetaan useassa kohdassa, jossa sillä voitaisiin vastata sosiaalihuollossa tunnistettuihin tarpeisiin. Sen sijaan terveysosiaalityö määritellään täydentämään muita sosiaalipalveluja. Näin terveysosiaalityön tehtä-

vät ja rooli ohitetaan, ja osastojen potilaiden sosiaalityön tarve unohdetaan. Lausuntoaineistossa huomautetaan, että vain pieni osa potilaan arjesta vietetään sairaalassa. Kuitenkin osastohoidon yhteydessä ilmenee usein kiireetöntä sosiaalihuollon tarvetta, jolloin nimenomaan terveyssosiaalityö vastaisi luontevasti asiakkaan tarpeeseen ja toimisi siltana sairaalan ulkopuolisiin sosiaalipalveluihin. Sosiaalipäivystyksen sosiaalityö on perusluonteeltaan sangen erilaista, ja vaikka näiden sosiaalityön kenttien eroja sanallistetaan lakiesityksessä, eroja myös häivytetään useassa kohdassa. Esimerkkinä tällaisesta merkitysten ristiriitaisuudesta toimii se, että terveyssosiaalityön tehtävät määritellään lopullisessa esityksessä, mutta niitä ei oteta huomioon luotaessa jäsenyyksiä tulevasta työnjaosta.

Sosiaalipäivystykseen liittyen esityksessä todetaan, että aiemmissa selvityksissä ” *[--] nousi selkeästi esiin suuri tarve sosiaalipäivystyksen toimintamallien kehittämiseen, palvelujen riittävään resursointiin, työntekijöiden ammatillisen osaamisen jatkuvaan vahvistamiseen sekä moniammatillisten yhteistyökäytäntöjen hiomiseen.* ” (HE 224/2016, 14.) Terveyssosiaalityön resurssia kaavaillaan ohjattavaksi tukemaan terveydenhuollossa toteutettavan sosiaalipäivystyksen resurssitarvetta, mutta sitä, kuinka terveyssosiaalityön osaamisella vastataan edellä mainitun kaltaisiin tarpeisiin, ei määritellä tarkemmin. Esityksessä todetaan yksiselitteisesti, että terveyssosiaalityöntekijät on perehdytettävä sosiaalipäivystykselliseen työhön, ja että uudistus vaatii terveyssosiaalityöntekijöiden työnkuvan muokkaamista ja / tai uuden henkilöstön rekrytointia sosiaalipäivystykseen. Kolme keskeistä hallituksen esitykseen sisältyvää muutosta koskien terveyssosiaalityön tulevia tehtäviä ovat yhteistyön lisääminen kunnallisen sosiaalityön kanssa, päällekkäisen työn purkaminen ja terveyssosiaalityön sovittaminen paremmin yhteen muun sosiaalihuollon eli sosiaalipäivystyksen ja kunnallisen sosiaalityö kanssa. Tämän perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että vaikka terveyssosiaalityön tehtävän uudistamista ei suoraan sote-uudistuksen valmistelun tässä vaiheessa määritellykään, tullaan siihen palamaan jatkossa.

Asiantuntijalausunnot on annettu lopullisen esityksen jo linjatessa lakimuutosten vaikutuksia. Näin ollen niiden kautta saa kattavan ja mielenkiintoisen kuvan siitä, mikä lopullisessa hallituksen esityksessä jää epäselväksi tai puutteellisesti määritellyksi terveyssosiaalityötä koskien. Voimakkaan viestin valmistelun tasosta antaa se, että terveyssosiaalityön määrittelylle ja kattavammalle linjaukselle ilmenee asiantuntijalausunnoissa edelleen suuri tarve. Terveyssosiaalityöhön liittyen etenkin päällekkäisen työn purkamisen tarve tunnistetaan myös asiantuntijalausunnoissa. Se on tunnistettu ja sanoitettu tavoite hallituksen esityksessä, mutta konkreettisia välineitä päällekkäistä työtä purkavien rakenteiden edistämiseen ei tarjota. Myös terveyssosiaalityölle annettavia tarkoituksenmukai-

sia valtuuksia palvelutarpeen arviointien ja sosiaalihuollollisten päätösten tekemiseen kaivataan edelleen asiantuntijalausunnoissa. Rakenteellisen aineiston merkittävänä puutteena voidaan pitää sitä, ettei jokaisessa aineistokokonaisuudessa tunnistettua tarvetta terveysosiaalityön valtuuksien lisäämiseen määritellä lopulta lainkaan. Asiantuntijalausunnoissa korostetaan terveysosiaalityön asiantuntijuutta ja erityisosaamista. Terveysosiaalityöllä vastataan tarpeisiin, jotka eivät ole aina akuutteja, eivätkä kaikki terveysosiaalityön asiakkaat koskaan päädy kunnallisen sosiaalitoimen asiakkaiksi. Se, että terveysosiaalityön potentiaali ennaltaehkäisevänä ja palvelukokonaisuuksien sujuvuutta mahdollistavana sosiaalityön muotona unohdetaan, näyttäytyy analysoidun aineiston perusteella suurena riskinä sote-uudistuksen valmistelussa. Terveysosiaalityön osaamiselle ja asiantuntijuudelle osoitettu osin ristiriitainen paikka hallituksen lopullisessa esityksessä johtaa pelkoon terveysosiaalityön ohentumisesta uudistuksen edetessä. (Ks. liite 4.)

Sote-uudistuksen valmistelussa voidaan kuitenkin tunnistaa myös mahdollisuuksia ja terveysosiaalityöhön myönteisesti vaikuttavia rakenteellisia tekijöitä. Terveysosiaalityö määrittää hallituksen esityksessä sote-integraatioon kytkeytyväksi tehtäväkentäksi, jonka huomioon ottaminen yhteistoiminnan syventämisessä on perusteltua. Tässä sote-uudistuksen rakenteita suuntaavassa valmistelun vaiheessa terveysosiaalityö on tunnistettu omana erikoisalanaan, mitä voidaan lähtökohtaisesti tarkastella positiivisena ilmiönä. Terveysosiaalityön erityisosaamisen tunnistaminen ja eron teko muihin sosiaalityön kenttiin vahvistaa jo itsessään terveysosiaalityön asemaa. Myös mahdollinen jatkossa toteutettava päällekkäisen työn purkaminen ja raja-aitojen madaltaminen mahdollistaa terveysosiaalityölle entistä vahvemman roolin rakenteistumisen ja selkeämmän suhteen kunnallisen tai maakunnallisen sosiaalihuollon kokonaisuuteen. Terveysosiaalityö saa usein asianajoroolin asiakkaan puolestapuhujana suhteessa kunnallisiin palveluihin. Mikäli terveysosiaalityö tulee valtuuksiltaan lähemmäs kunnallista sosiaalityötä, voidaan sen avulla vastata tarkoituksenmukaisesti asiakkaan kokonaisvaltaisiin tarpeisiin, varmistaa palveluketjun saumattomuutta ja helpottaa ”saattaen vaihtoa” asiakkaan sosiaali- ja terveystalvelujen välillä.

## 7 POHDINTA

Tutkielmassa olen pyrkinyt tuottamaan rakenteistavan näkökulman terveydenhuollon organisatioissa tehtävän sosiaalityön muutoksista sote-uudistuksen valmistelussa. Tutkielma keskittyy valmistelussa keväällä 2017 terveyssosiaalityöerityistä tietoa tuottaviin asiakirjoihin. Aineistojen kautta olen pohtinut terveyssosiaalityön erityisosaamisen kytkeytymistä laajempiin konteksteihin. Sote-uudistuksen merkitys laajana ja vaikuttavana sosiaalipoliittisena uudistuksena tulee tunnistaa ja sen vaikutuksia on hyödyllistä pysähtyä pohtimaan jo ennakkoon. Tutkielman tekemistä aloittaessani sote-uudistus näyttäytyi uhkakuvana terveyssosiaalityön roolille ja paikalle. Riskinä oli, että sosiaalityö terveydenhuollon kentällä saa tehtäviä, jotka eivät sille kuulu, eikä terveyssosiaalityön mahdollisuuksia muuttuvissa rakenteissa tunnisteta. Uudistuksen riskinä nähtiin sen eteneminen terveydenhuollon ehdoilla (esim. Möttönen & Kettunen 2014, 120–121; Hiilamo 2015, 99). Analyysin perusteella voidaan todeta, että osa uhkakuvista saattaa toteutua sote-uudistuksen edetessä, mutta toivottavammin terveyssosiaalityö saa uudistuksen myötä selkeämmät ja vaikuttavammat raamit kuin ne, joissa se on toiminut ennen uudistusta. Hallituksen esityksessä ei kuitenkaan tunnisteta tarvetta terveyssosiaalityön organisatorisen paikan määrittelylle, vaan se liitetään osin keinotekoisesti kunallisen sosiaalihuollon kokonaisuuteen ja tarkempi rajapintoihin liittyvä määrittely siivutetaan. Laajempana uhkana voidaan nähdä se, että uudistuksen valmistelussa koko sosiaalihuolto mielletään terveydenhuollon lisäosaksi, ja integraatiota tavoitellaan liittämällä sosiaalihuolto terveydenhuollon yhteyteen.

Valtionohjauksen uusi ohjauskausi ilmenee sote-uudistuksen valmistelussa. Sopimus- ja strategiaohjausta toteutetaan jo näinkin rajatussa valmistelussa palvelujen keskittämistä koskevissa keskusteluissa. Etenkin strategiatyö korostuu, kun käydyn keskustelun pohjalta valtionohjausta sosiaalipalvelujen keskittämisessä linjataan toteutettavaksi vasta, kun on seurattu palvelujen muotoutumista kentällä. Lisäksi hallituksen linjauksissa esiintyy diskursseja liittyen paikalliseen sopimiseen ja alueellisten erityispiirteiden huomioon ottamiseen. (vrt. Lähteinen & Marjamäki 2016, 139–143.) Ohjaus on osin hienovaraisempaa kuin valtiollisesti johdetulla hyvinvointipalveluiden rakentumisen kaudella 1970–1980-luvuilla, mutta uudistuksen etenemistä seurattaessa myös normiohjaukseen, resurssiohjaukseen, informaatio-ohjaukseen, ohjelmaohjaukseen ja paikalliseen itsemääräämiseen liittyviä ohjausvivahteita on havaittavissa. Hallituksen valmistelua tarkastellessa muodostuu vääjäämättä käsitys, että laman aikaisen ohuemman ohjauksen ajanjakson jälkipyykkiä pestään edelleen,

ja nykyhallitus pyrkii palamaan vahvasti valtiollisesti johdettuun aikaan. Uudistuksen valmisteluvaiheessa tuotetaan laajalti tietoa ja selvityksiä uudistuksen välineiksi ja perusteluiksi (*informaatiohjaus*) sekä muokataan voimassaolevaa ja luodaan uutta yleissitovaa lainsäädäntöä (*normiohjaus*). Lisäksi tavoitteena on uudistaa palvelujen taloudellinen perusta ja jakaa sekä tuottaa resursseja aiemmasta poikkeavalla tavalla (*resurssiohjaus*). Sote-uudistuksessa myös korostetaan voimakkaasti eri sektorien yhteistyötä ja uudistuksen toteutusta useiden tahojen yhteisenä ponnistuksena (*ohjelmaohjaus*). (Vrt. Kröger 1997, 56; Kananoja 2011 ym., 88–95; Heinämäki 2012, 91–92.) Paikallisen itsemääräämisen korostaminen on tavallaan kaksiteräinen miekka. Uudistuksen yhteydessä käydään keskustelua alueellisten erojen huomioimisesta ja palvelujen muodostumisesta kentän ehdoilla. Samalla kuitenkin palveluja ja koko sosiaali- ja terveystaloudellista järjestelmää ajetaan toimimaan laajempina kokonaisuuksina, joissa asiakkaat ovat periaatteellisesti yhdenvertaisessa asemassa toteuttaen valinnanvapautta.

Myös asiakkaita vastuutetaan sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen ja uudistuksen kokonaisuuden onnistumisen suhteen. Sote-uudistuksessa vahvistetaan käsityksiä asiakkaan vapaudesta valita, mutta myös sitä seuraavasta vastuusta (Vrt. Rajavaara 2014, 142; Newman & Tonkens 2011, 9). Erityisesti asiakkaan vastuuseen liittyvät teemat nousivat esiin valmisteilla olevaa valinnanvapauslainsäädäntöä tarkasteltaessa. Valinnanvapauslainsäädännössä korostetaan asiakkaiden informointia, palveluohjausta ja tiedon mahdollistamien valintojen tekemistä (ks. tarkemmin valinnanvapauslakiluonnos). Myös sote-uudistuksen valmistelun sisällä suppeassa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muuttamisessa voi havaita vastuulliseen asiakkuuteen liittyviä vivahteita. Palvelujen uudelleen organisoiminen, päällekkäisen työn purkamisen ja asiakkaan kannalta saumattomien palvelujen avulla pyritään siihen, että potilas tai asiakas siirtyy erikoispalveluiden piiristä mahdollisimman nopeasti ja sujuvasti avohuollon piiriin ja saa tarvitsemansa palvelut, joiden avulla tulee toimeen mahdollisimman itsenäisesti (Vrt. Rajavaara 2014, 148–149). Tutkielman aineistona analysoitujen asiakirjojen yhteydessä ei erityisesti painoteta vastuullisen asiakkaan paradigmat. Lakimuuksilla pohjustetaan kuitenkin sote-uudistuksen laajempia tavoitteita, joissa asiakkaan vapaus ja vastuu korostuvat.

Rakenteellisella tasolla lopullisia linjauksia terveys- ja sosiaalitoimen tulevaa roolia koskien ei vielä tehdä. Lopulliset linjaukset tulevat toteutumaan sote-uudistuksen muulla sääntelyllä ja valtioneuvoston asetuksilla, joita todennäköisesti annetaan sote-uudistuksen täytäntöönpanon lähestyessä. Toimijoiden puheenvuoroissa kertaantuu toive terveys- ja sosiaalitoimen tehtävien ja roolin selkeyttämisestä sekä viranomaisaseman ja päätöksentekioikeuden tuomisesta terveys- ja sosiaalitoimintajärjestelmän toimenku-

vaan. Myös terveyssosiaalityön ja sosiaalipäivystyksen tehtäväjaon selkeyttäminen nähdään tarpeellisena, jottei terveyssosiaalityö määrity jatkossa sosiaalipäivystystä täydentäväksi apuammattiksi. Aiemmin terveyssosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuus on ollut työn toimintaympäristöstä johtuen alisteisessa asemassa suhteessa lääketieteelliseen diskurssiin (Healy 2014, 35–41; Metteri 2014, 303). Uudistuksen sudenkuoppa voidaan pitää terveyssosiaalityön alisteisuutta sosiaalipäivystykselle, vaikka tehtäväkentät todellisuudessa eroavat toisistaan merkittävästi. Toivon tämän tutkielman osaltaan toimivan puolustuspuheenvuorona terveyssosiaalityön merkityksellisyydelle ja sen edellyttämälle erityisosaamiselle. Yllätyin siitä, kuinka vahvan äänen terveyssosiaalityö saa toimijoiden puheenvuoroissa. Erityisenä sosiaalityön alana, jota ei vielä säädellä erikseen lainsäädännössä, terveyssosiaalityö ja sen vaatima asiantuntijuus tunnustetaan laajasti.

Sote-uudistuksen yhteydessä toistuu integraation käsite, jonka olen tässä tutkielmassa määritellyt sekä yhteistoimintaa mahdollistaviksi rakenteiksi että erityisesti käytännön tason moniammatilliseksi yhteistyöksi. Integraatio toteutuu Colin Whittingtonin (2004, 23–26) mukaan kolmella tasolla, eli strategisella, keskitason ja käytännön tasolla. Hallinnon yhdistäminen sekä tavoitteiden ja resurssien yhteensovittaminen ilmenevät strategisina linjauksina jo tarkastellun yksittäisen valmisteluvaiheen perusteluissa. Keskitasolla linjataan moniammatillisen yhteistyön kehittämistä, tiedonkulun varmistamista sekä henkilöstön osallistamista uudistuksen valmisteluun. Käytännön tasolla luodaan ideologisia linjauksia suhteessa ammattirajojen ylittämiseen, moniammatillisissa ympäristöissä toimimiseen sekä työn kehittämiseen (vrt. emt.) Moniammatillinen yhteistyö edellyttää kuitenkin yhteisiä tavoitteita, roolien ja vastuiden selkeää määrittelyä sekä riittäviä resursseja (Cameron ym. 2014, 229). Näiden suhteen valmistelua ei voida tässä vaiheessa pitää kovin onnistuneena. Moniammatillinen yhteistyö ei onnistu vain rakenteita muuttamalla (Cameron ym. 2014, 232), mutta ainakaan toistaiseksi käytännön tasolle ei osoiteta riittäviä valmiuksia moniammatillisen yhteistyön syventämiseen.

Tutkielman tarkastelema lainsäädännön uudistus ei itsessään tuota voimakkaita linjauksia koskien terveyssosiaalityön tehtävien muuttamista, laajentamista tai ammattiryhmien välistä työnjakoa. Lakiesityksen perusteluissa kuitenkin korostetaan terveyssosiaalityön roolin muuttamista viranomaisytyöksi, johon sisältyy laajaa tai rajatumpaa palvelutarpeen arviointia, päätöksentekoa ja tiiviimpää yhteistyötä kunnallisten sosiaalipalveluiden kanssa. Näin tarkasteluna sekä rakenteelliset aineistot että toimijoiden puheenvuorot puhuvat samaa kieltä. Lainsäädäntöä tulkittaessa tosiasiallisessa toiminnassa voidaan tukeutua hallituksen esityksen perusteluihin, ja näin ollen on todennäköistä, että terveyssosiaalityön tehtävät tulevat muuttumaan tulevaisuudessa. Mikäli sote- ja maakuntaudistus-

ten toimeenpano muuttaa sosiaalihuollon tehtäväkenttää ja toimijoiden välistä työnjakoa, on muutokset tarpeen tunnistaa myös koulutuksen ja kehittämistoiminnan saralla. Sosiaalipäivystys on sosiaalihuollon erityispalvelu, jota leimaa erikoistunut asiantuntemus. Sama määrittely pätee myös terveysosiaalityöhön, minkä vuoksi asiantuntemusta ei voida lähtökohtaisesti ajatella siirrettävän toisen palvelun käyttöön. (Vrt. Kananoja 2011, 320–324.) Tehtävien muutoksessa ja ammattilaisten osaamistarpeiden laajentuessa voisivat esimerkiksi sosiaalialan osaamiskeskukset ottaa vahvemmin tutkivaa ja linjaavaa roolia. Muutokset vaativat myös sosiaalityön koulutuksen kehittämistä vastaamaan uusiin osaamistarpeisiin, jotta tulevilla sosiaalityön ammattilaisilla on valmiuksia toimia uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudessa (vrt. Horevitz & Manoleas 2013, 766–768).

Uudistuksen valmistelun tässä vaiheessa terveysosiaalityötä kohtaavat mahdolliset vaikutukset tulevat lähelle myös Michael Reischin (2012, 886) yhdysvaltalaisessa kontekstissa tunnistamia terveydenhuoltouudistuksen vaikutuksia. Terveys- ja sosiaalihuollollisen orientaation vahva asema suhteessa sosiaalihuollon rooliin on nähtävissä läpi sote-uudistuksen. Tämän arvottavan eronteon seurauksena uhkana on, että terveysosiaalityön henkilöstö vähenee tai terveysosiaalityöntekijöiden työmäärä kasvaa. Tämä uhka kytkeytyy nimenomaan terveysosiaalityöhön, sillä sen uudistamista päivystykselliseen suuntaan kaavailaan tosiasiallisesti. Organisaatioiden välistä yhteistyötä pyritään voimakkaasti lisäämään sote-uudistuksessa. Sosiaalihuollon mahdollisesti terveydenhuoltoa heikompi asema johtaa siihen, että oman työn puolustaminen näyttäytyy tarpeellisenä myös terveysosiaalityön kentällä. (Vrt. Reisch 2012.) Koska sote-uudistuksella tavoitellaan palvelujen saumatonta yhteistyötä ja väestön palvelukokonaisuuden toimivuutta, on myös sosiaalihuollollisen osaamisen ja sosiaalipalvelujen turvaaminen erityisen tärkeää (vrt. Allen 2012, 184–186). Jatkossa olisikin mielenkiintoista tarkastella, kuinka tässä tutkielmassa havaitut terveysosiaalityötä koskevat jäsennykset todellistuvat sote-uudistuksen edetessä.

Sote-uudistuksen valmistelussa terveysosiaalityötä ei suunnitella suoraan siirrettäväksi osaksi muita sosiaalipalveluja, vaan palvelujen muotoutumista kentällä seurataan. Päivystyksellisten tehtävien liittämistä osaksi terveysosiaalityötä voidaan tarkastella myös mahdollisuuksien kannalta. Mikäli terveysosiaalityön resurssia kohdennetaan sosiaalipäivystyksen tueksi, on lisä- ja täydennyskoulutuksen tarve tunnistettu. Päivystykselliset tehtävät todennäköisesti edellyttäisivät lopullisesta esityksestä puuttumaan jääneiden valtuuksien tarkempaa määrittelyä. Valtuudet taas vaikuttavat suoraan terveysosiaalityön vaikuttavuuteen asiakastyön näkökulmasta sekä terveysosiaalityön aseman vahvistumiseen yleisesti. Tällöin terveysosiaalityön rooli voisi muodostua hyvinkin monipuolisesti



moniammatillisen työn airueksi sekä suhteessa kunnallisen sosiaalitoimen että terveydenhuollon palvelujen kanssa tehtävään yhteistyöhön. Terveys­den­huol­lossa tehtävän päivystyksellisen sosiaalityön avulla voitaisiin vastata aiempaa tehokkaammin potilaan akuuttiin sosiaali­huollolliseen tarpeeseen (vrt. Moore, Ekman & Shumway 2012, 147).

Terveys­den­huol­lon kontekstissa tehtävän sosiaalityön aseman vahvistuminen edistäisi osaltaan moniammatillisen yhteistyön toteutumista, kun moniammatillisia käytäntöjä kehitettäisiin palvelujen rajapinnalla. Terveys­so­siaali­työ moniammatillisena työnä olisi luonteva silta sosiaali- ja terveys­pal­velujen välillä niin kiireettömissä kuin kiireellisissäkin tilanteissa. Uusien toimintakäytäntöjen kehittäminen mahdollistaisi terveys­so­siaali­työn tehtävänkuvan muokkaamista osittain päivystykseen suuntaan, mutta ei estäisi sen perustehtävän toteuttamista eli sairauden ja sosiaalisten tekijöiden välisten yhteyksien hahmottamista, ja tässä suhteessa toteuttavien interventioiden edistämistä palvelutarpeenarvioinnin, asiakkaan tukemisen ja moniammatillisen yhteistyön keinoin. (Vrt. Lindén 1999, 55; Terveys­so­siaali­työn nimikkeistö 2007.) Terveys­so­siaali­työn ytimenä näen edelleen sosiaalisen asiantuntijuuden terveydenhuollon toimintaympäristössä sekä monipuolisen vaikuttamisen niin yksittäisen asiakkaan tilanteen kokonaisuudessa kuin järjestelmässä laajemminkin. Toivottavaa on, että sote-uudistuksen jatkovalmistelussa muistetaan ja otetaan huomioon terveys­so­siaali­työn perustehtävä ja osoitetaan myös terveys­so­siaali­työlle riittävät resurssit mahdollisesti laajenevaan tehtävänkuvaan vastaamiseksi.

## LÄHTEET

Kirjalliset lähteet:

- Aaltonen, Sanna & Höghbacka, Riitta (toim.) (2015) *Umpikujasta oivallukseen*. Tampere: University Press.
- Ahvenius, Päivi (2012) *Sosiaalityön erityispiirteet pienessä kunnassa*. Teoksessa Minna Strömberg-Jakka & Teija Karttunen (toim.) *Sosiaalityön haasteet*. Tukea ammattilaisten arkeen. Tampere: PS-kustannus, 296–319.
- Allen, Heidi (2012) Is There a Social Worker in the House? Health Care Reform and the Future of Medical Social Work. *Health & Social Work* 37(3), 183–186.
- Allison, Sandra (2007) Up a river! Interprofessional education and the Canadian healthcare professional of the future. *Journal of Interprofessional Care* 21(5), 565–568.
- Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.) (2016) *Kuntoutuminen*. Helsinki: Duodecim.
- Bendz, Anna (2015) Paying Attention to Politics: Public Responsiveness and Welfare Policy Change. *Policy Studies Journal* 43(3), 309–332.
- Bhaskar, Roy (1978) *A Realist Theory of Science*. Lontoo: Verso.
- Bhaskar, Roy (2016) *Enlightened Common Sense: The Philosophy of Critical Realism*. Lontoo: Routledge.
- Bryant, Christopher G.A. & Jary, David (1991) Introduction: coming to terms with Anthony Giddens. Teoksessa Christopher G.A. Bryant & David Jary (toim.) *Giddens' Theory of Structuration. A critical appreciation*. Lontoo: Routledge, 1–31.
- Bryant, Christopher G.A. & Jary, David (toim.) (1991) *Giddens' Theory of Structuration. A critical appreciation*. Lontoo: Routledge.
- Björklund, Liisa (2008) Ideat politiikan muutoksessa. *Instituutioista ja intresseistä ideoihin*. *Janus* 16(1), 4–18.
- Cameron, Ailsa & Lart, Rachel & Bostock, Lisa & Coomber, Caroline (2014) Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health and Social Care in the Community* 22(3), 225–233.
- Eräsaari, Leena (2014) *Sosiaalityö markkinoilla*. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino. 125–140.
- Eskola, Jari & Suonranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Giddens, Anthony (1984a) *Yhteiskuntateorian keskeisiä ongelmia. Toiminnan, rakenteen ja ristiriidan käsitteet yhteiskunta-analyysissä*. Pasi Anderson & Ilkka Heiskanen (suom.) Keruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Giddens, Anthony (1984b) *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony (1991) *Structuration theory: past, present and future*. Teoksessa Christopher G.A. Bryant & David Jary (toim.) *Giddens' Theory of Structuration. A critical appreciation*. Lontoo: Routledge, 201–221.
- Greenhalgh, Trisha & Stones, Rob (2010) Theorising big IT programmes in healthcare: Strong structuration theory meets actor-network theory. *Social Science & Medicine* 70(9), 1285–1294.
- Grönfors, Terhi (2012) *Sosiaalityötä lastensairaalassa*. Teoksessa Minna Strömberg-Jakka & Teija Karttunen (toim.) *Sosiaalityön haasteet*. Tukea ammattilaisten arkeen. Tampere: PS-kustannus, 195–211.

- Haavisto, Kari & Kananoja, Aulikki (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähtinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy, 144–155.
- Hall, Peter (1993) Policy paradigms, social learning and the state – The case of economic policy-making in Britain, New York: Comparative Politics 25 (3), 275–296.
- Harisalo, Risto & Miettinen, Ensio (2004) Hyvinvointivaltio. Houkutteleva lupaus vai karvas pettymys. Tampere: Tampere University Press.
- Haveri, Arto & Stenvall, Jari & Majoinen, Kaija (toim.) (2011) Kunnallisen itsehallinnon peruskivet. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Kunnallistieteen yhdistys.
- Haverinen, Riitta & Kuronen, Marjo & Pösö, Tarja (toim.) (2014) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino.
- Healy, Karen (2014) Social Work Theories in Context: Creating frameworks for practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Heikkilä, Matti & Koivuranta, Eija & Lähtinen, Martti & Heinämäki, Liisa (2009) Vakiintumisen vuodet. Sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunnan toimintakausi 2006–2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009:60.
- Heinonen, Jari (2014) Rakenteellinen sosiaalityö muutoksessa ja muuttajana. Teoksessa Anneli Pohjola, Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Kuopio: UNIpress, 37–63.
- Heinämäki, Liisa (2012) Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: tutkimus 75/2012.
- Heiskala, Risto (toim.) (1994) Sosiologisen teorian nykysuuntauksia. Helsinki: Gaudeamus Kirja.
- Helenius, Jenni & Salonen-Hakamäki, Sanna-Mari & Vilka, Hanna & Saaranen-Kauppinen, Anita & Eskola, Jari (2015) Teorian ja empirian vuoropuhelu tutkimuksessa: Reflektioita ja ratkaisuja. Teoksessa Sanna Aaltonen & Riitta Högbäck (toim.) Umpikujasta oivallukseen. Tampere: University Press, 191–217.
- Hiilamo, Heikki (2015) Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä SOTE-uudistuksessa on kysymys? Helsinki: Into Kustannus Oy.
- Horevitz, Elizabeth & Manoleas, Peter (2013) Professional Competencies and Training Needs of Professional Social Workers in Integrated Behavioral Health in Primary Care. Social Work in Health Care 52(8), 752–787.
- Hudson, Bob (1999) Joint commissioning across the primary health care–social care boundary: can it work? Health & Social Care in the Community 7(5), 358–366.
- Huovila, Mikko & Aaltonen, Anna & Porrasmaa, Jari & Laaksonen Maarit & Korhonen, Maritta (2015) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuuri. Periaatteet ja yhteiset linjaukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 2015.
- Ikonen, Anna-Kaisa (2009) Työttömyyseläkejärjestelmä ja muuttuvat intressit. Tutkimus työttömyyseläkejärjestelmän ohjausvaikutuksen kehityksestä ja sosiaalipoliittisen roolin muutoksesta. Tampereen yliopisto: Akateeminen väitöskirja.
- Ilmonen, Kaj (1994) Anthony Giddensin rakenteistumisteoria ja sen kritiikki. Teoksessa Risto Heiskala (toim.) Sosiologisen teorian nykysuuntauksia. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 316–347.
- Isoherranen, Kaarina (2012) Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto: Akateeminen väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18.
- Jeglinsky, Ira & Kukkonen, Tarja (2016) Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa Ilona Autti-Rämö, Anna-Liisa Salminen, Marketta Rajavaara & Arne Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 393–401.
- Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.

- Julkunen, Raija & Saari, Juho (2013) Hyvinvointivaltion reformointi – Paul Piersonin institutionalismi. Teoksessa Juho Saari, Sakari Taipale & Sakari Kainulainen (toim.) Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu- ja A: tutkimuksia 38, 307–326.
- Junnila, Maijaliisa & Whellams, Anne (2016) Englannin ja Ruotsin valinnanvapausjärjestelmien peruspiirteet. Teoksessa Maijaliisa Junnila, Laura Hietapakka & Anne Whellams (toim.) Hallintoalalaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 11/2016, 73–114.
- Junnila, Maijaliisa & Hietapakka, Laura & Whellams, Anne (toim.) (2016) Hallintoalalaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 11/2016.
- Jyrkämä, Jyrki (2008) Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. Gerontologia 22(4), 190–203.
- Kaidesoja, Tuukka (2007) Sosiaalisen rakenteen käsite Roy Bhaskarin kriittisessä realismissa. Sosiologia. 44(2), 79–94.
- Kananen, Jorma (2014) Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176.
- Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.) (2011) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Kananoja, Aulikki (2016) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy, 347–356.
- Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.) (2016) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Kantola, Hannu (1997) Sosiaalityö ja mielenterveysongelmat – mahdollisuuksia ja kehittämisideoita. Teoksessa Riitta Viialainen & Maisa Maaniittu (toim.) Tehdä itsensä tarpeettomaksi? Sosiaalityö 1990-luvulla. Stakes: Raportteja 213, 199–207.
- Kettunen, Pekka & Sandberg, Siv (2014) SOTE-uudistus pohjoismaisesta näkökulmasta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja. Helsinki: Kunnallistieteen yhdistys. (42):2, 213–221.
- Koikkalainen, Matti & Sjöblom, Stina (2014) Edistämmekö kuntoutuksella osallisuutta? Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 73–82.
- Koivumäki, Jaakko (2007) Organisaatioteorian ja työn organisoinnin kehityksestä. Teoksessa Tero Mamia & Harri Melin (toim.) Tietoyhteiskunta ja työorganisaatioiden muutos. Turun yliopisto ja Työsuojelurahasto: Sosiologian tutkimuksia A-sarja, 25–32.
- Korpela, Rauni (2014) Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 118–141.
- Kotkas, Toomas (2010) Anthony Giddensin rakenteistumisteoria ja oikeus. Teoksessa Toomas Kotkas & Susanna Lindroos-Hovinheimo (toim.) Yhteiskuntateorioiden oikeus. Helsinki: Tutkijaliitto, 89–119.
- Kotkas, Toomas & Lindroos-Hovinheimo, Susanna (toim.) (2010) Yhteiskuntateorioiden oikeus. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Krokkfors, Ylva (2012) Näkemyksiä ja kokemuksia gerontologisesta sosiaalityöstä sairaalassa. Teoksessa Minna Strömberg-Jakka & Teija Karttunen (toim.) Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen. Tampere: PS-kustannus, 174–194.
- Kröger, Teppo (1997) Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion palvelujen rakentajana. Acta Universitatis Tamperensis: 561.
- Kröger, Teppo (2014) Yli-ikäinen sosiaalihuolto. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino, 25–41.

- Kuusela, Pekka (2004) Sosiaalisen maailman tasot ja toimijat. Esseitä sosiaalitieteiden ja arviointitutkimuksen metodologiasta. Kuopio: Unipress.
- Kuusela, Pekka & Niiranen, Vuokko (toim.) (2006) Realismin haaste sosiaalitieteissä. Kuopio: Unipress.
- Laakso, Seppo (2012) Lainopin teoreettiset lähtökohdat. Tampereen yliopisto: Oikeustieteet.
- Laine, Helinä (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–31.
- Leiba, Tony & Weinstein, Jenny (2004) Who are the Participants in the Collaborative Process and What Makes Collaboration Succeed or Fail? Teoksessa Jenny Weinstein, Colin Whittington & Tony Leiba (toim.) Collaboration in Social Work Practice. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers, 63–82.
- Lindén, Mirja (1999) Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Stakes: Raportteja 234.
- Lohmeier Law, Kristi & Saunders, Jeanne A. (2016) Engaging Consumer Voices in Health Care Policy: Lessons for Social Work Practice. Health & Social Work 41(1), 9–16.
- Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (2016) Sosiaalihuollon valtakunnallisen ohjauksen peruslinjat. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy, 131–143.
- Mamia, Tero & Melin, Harri (toim.) (2007) Tietoyhteiskunta ja työorganisaatioiden muutos. Turun yliopisto ja Työsuojelurahasto: Sosiologian tutkimuksia A-sarja.
- Marjamäki, Pirjo (2016) Sosiaalialan osaamiskeskuksen alueellisina kehittäjinä. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy, 507–515.
- Metteri, Anna (2014) Terveystieteiden sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 296–326.
- Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) (2014) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Moore, Megan & Ekman, Eve & Shumway, Martha (2012) Understanding the Critical Role of Social Work in Safety Net Medical Settings: Framework for Research and Practice in the Emergency Department. Social Work in Health Care 51(2), 140–148.
- Mutka, Ulla (1998) Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Mäntysaari, Mikko (2006) Tarkentuva tieto sosiaalityössä. Teoksessa Pekka Kuusela & Vuokko Niiranen (toim.) Realismin haaste sosiaalitieteissä. Kuopio: Unipress, 137–162.
- Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) (2009) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Möttönen, Sakari (2011) Kunnallisen itsehallinnon merkitys ja uudistuminen muuttuvassa toimintaympäristössä. Teoksessa Arto Haveri, Jari Stenvall & Kaija Majoinen (toim.) Kunnallisen itsehallinnon peruskivet. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Kunnallistieteiden yhdistys, 63–84.
- Möttönen, Sakari & Kettunen, Pekka (2014) Sosiaalipalvelut kuntien hallinto- ja palvelurakenteiden murroksessa. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino, 109–124.
- Newman, Janet & Tonkens, Evelina (2011) Introduction. Teoksessa Janet Newman & Evelina Tonkens (toim.) Participation, responsibility and choice: summoning the active citizen in Western European welfare states. Amsterdam: Amsterdam University Press, 9–28.

- Newman, Janet & Tonkens, Evelina (toim.) (2011) Participation, responsibility and choice: summoning the active citizen in Western European welfare states. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Payne, Malcolm (2014) Modern social work theory. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pekkarinen Elina & Tapola-Haapala, Maria (2009) Kriittinen realismi sosiaalityössä – tiedontuotannosta emansipaatioon. Teoksessa Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus, 183–205.
- Pohjola, Anneli (2014) Rakenteellisen sosiaalityön paikannuksia. Teoksessa Anneli Pohjola, Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Kuopio: UNIPress, 16–36.
- Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.) (2014) Rakenteellinen sosiaalityö. Kuopio: UNIPress.
- Puustinen, Alisa & Niiranen, Vuokko (2011). Rakenteet, päätöksenteko ja toiminta sosiaali- ja terveyspalveluissa: SOTEPÄ – sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-hankkeessa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 16. Helsinki: Kuntaliitto.
- Pylväs, Maria (2003) Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 8.
- Rajavaara, Marketta (2014) Yksilöllisestä henkilökohtaiseksi? Henkilökohtaistaminen hyvinvointipolitiikan uudistusideana. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino, 141–160.
- Raunio, Kyösti (2009) Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Reisch, Michael (2012) The Challenges of Health Care Reform for Hospital Social Work in the United States. *Social Work in Health Care* 51(10), 873–893.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen Matti (2010) Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 9–36.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen Matti (2010) (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Saari, Juho & Taipale, Sakari & Kainulainen, Sakari (toim.) (2013) Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja: A tutkimuksia 38.
- Salo, Ulla-Maija (2015) Simsalabim, sisällönanalyysi ja koodaamiseen haasteet. Teoksessa Sanna Aaltonen & Riitta Höghbacka (toim.) Umpikujasta oivallukseen. Tampere: University Press, 166–190.
- Satka, Mirja (1997) Sosiaalityö ajassa – ydinkysymysten äärellä. Teoksessa Riitta Viialainen & Maisa Maaniittu (toim.) Tehdä itsensä tarpeettomaksi? Sosiaalityö 1990-luvulla. Stakes: Raportteja 213, 27–38.
- Sayer, Andrew R. (2000) Realism and Social Science. Lontoo: SAGE Publications Ltd.
- Sinervo, Timo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Vehko, Tuulikki (toim) (2016) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 16/2016.
- Spitzer, William & Silverman, Ed & Allen, Karen (2015) From Organizational Awareness to Organizational Competency in Health Care Social Work: The Importance of Formulating a “Profession-in-Environment” Fit. *Social Work in Health Care* 54(3), 193–211.
- STM (2012) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2011–2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.
- STM (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE 2012–2015) Ulkoinen arviointi – Loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:16.
- Stones, Rob (2005) Stucturation Theory. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Strömberg-Jakka, Minna & Karttunen, Teija (toim.) (2012) Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen. Tampere: PS-kustannus.
- Sundman, Eila (2014) Esipuhe. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 7–8.
- THL:n arvointiryhmä (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisalakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 12/2016.
- Toikko, Timo (2005) Sosiaalityön ideat – Johdatus sosiaalityön historiaan. Tampere: Vastapaino.
- Toikko, Timo (2014) Vastuullisen asiakkuuden paradigma. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino, 161–175.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2013) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010) Poliittikaohjelmat ohjauskeinona. Esimerkkinä Terveiden edistämisen ohjelma. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 212/2010.
- Viialainen, Riitta & Maaniittu, Maisa (toim.) (1997) Tehdä itsensä tarpeettomaksi? Sosiaalityö 1990-luvulla. Stakes: Raportteja 213.
- Virkki, Tuija & Vartiainen, Anssi & Kettunen, Pekka & Heinämäki, Liisa (2011) Sosiaalipalvelut muutoksessa – Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Paras-uudistuksesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Raportteja 56/2011.
- Weinstein, Jenny & Whittington, Colin & Leiba, Tony (toim.) (2004) Collaboration in Social Work Practice. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers.
- Whittington, Colin (2004) Collaboration and Partnership in Context. Teoksessa Jenny Weinstein, Colin Whittington & Tony Leiba (toim.) Collaboration in Social Work Practice. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers, 13–38.

#### Digitaaliset lähteet:

- Ammattilaisten ja asiakkaiden näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen (2016) Parempi arki -hanke 2015–2017. <http://parempiarki.fi/materiaalipankki/send/23-hankeen-julkaisut/122-ammattilaisten-ja-asiakkaiden-nakemyksia-sosiaali-ja-terveydenhuollon-uudistuksesta> . Haettu 30.11.2016.
- Aiempi valmistelu (2017) Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/aiempi-valmistelu> . Haettu 14.3.2017.
- Haverinen, Riitta & Vuorenkoski, Lauri (2009) Sosiaalialan ja perusterveydenhuollon kehittämisrakenteen vahvistaminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.pikassos.fi/aineistot/finish/15-yleinen-sosiaalipalvelujen-kehittaminen/57-sosiaalialan-ja-perusterveydenhuollon-kehittamisrakenteen-vahvistaminen> . Haettu 30.11.2016.
- Henkilöstö (2017) Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/henkilosto> . Haettu 14.3.2017.
- IFSW & IASSW (2014) Sosiaalityön maailmanlaajuinen määritelmä. [http://www.talentia.fi/tyoelama/sosiaalialan\\_tyoyon\\_maaritelmat/sosiaalityon\\_kv-maaritelma](http://www.talentia.fi/tyoelama/sosiaalialan_tyoyon_maaritelmat/sosiaalityon_kv-maaritelma) . Haettu 27.10.2016.
- Kiireellinen sosiaalipalvelu: sosiaalipäivystyksen järjestäminen (2005) Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:8. [https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/114144/225055%20STM\\_Kiireellinen\\_sisus.pdf?sequence=1](https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/114144/225055%20STM_Kiireellinen_sisus.pdf?sequence=1) . Haettu 11.3.2017.
- Kivipelto, Minna (2016) Sosiaalipalvelut ja sosiaalityö. <https://www.thl.fi/documents/2616650/2646346/Sosiaalipalvelut+ja+sosiaality%C3%B6.pdf/5c8e1867-d6ab-43a3-b91e-925b0bdd5f7d> . Haettu 5.12.2016.

Kuntien lukumäärä ja vireillä olevat muutokset (2017) Valtiovarainministeriö. <http://vm.fi/kuntien-lukumaara> . Haettu 10.4.2017.

Kysymyksiä ja vastauksia uudesta sosiaalihuoltolaista. (Ei julkaisuvuotta) <http://stm.fi/ukk-sosiaalihuoltolaki> . Haettu 27.10.2016.

Merikanto, Tiina (27.2.2017) Professorit: Vapaudesta valita tuli mahdoton yhtälö – "Talon voi polttaa vain kerran". <http://yle.fi/uutiset/3-9477663> . Haettu 10.3.2017.

Palvelujen tuottaminen (26.5.2016) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen> . Haettu 14.3.2017.

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus. (2017) Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoido-ja-paivystys> . Haettu 14.3.2017.

Rahoitus (2017) Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://alueuudistus.fi/rahoitus/hallituksen-linjaukset> . Haettu 14.3.2017.

Rahoituksen nykytilanne Suomessa (26.5.2016) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/rahoitus/rahoituksen-nykytilanne-suomessa> . Haettu 14.3.2017.

Sairaalat ja erikoissairaanhoido (2016) Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido> . Haettu 29.11.2016.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi hallintomalli (2017) Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/hallinto-ja-tehtavat> . Haettu 17.2.2017.

Sosiaali- ja terveystalouden integraatio (2017) Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://alueuudistus.fi/integraatio> . Haettu 14.3.2017.

Sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädäntö (2.3.2017) Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtionvarainministeriö. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/tiivistelmä-sote-ja-maakuntauudistuksen-lainsaadannosta-2.3.2017.pdf/ea7f35db-c837-4baf-b267-363c0b17d1e2> . Haettu 23.3.2017.

Sote- ja maakuntauudistus etenee eduskuntaan (2.3.2017) Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 30/2017. [http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/1271139/sote-ja-maakuntauudistus-etenee-eduskuntaan](http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/sote-ja-maakuntauudistus-etenee-eduskuntaan) . Haettu 23.3.2017.

Sote-uudistuksen tavoitteet (2016) Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet> . Haettu 14.3.2017.

Suutari, Jari (2015) Valiokuntien asiantuntijakuulemiset. <https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/kirjasto/aineistot/eduskunta/valtiopaivaasiakirjattietopaketti/Sivut/Valiokuntien-asiantuntijakuulemiset.aspx> . Haettu 1.2.2017.

Terveyssosiaalityön nimikkeistö (2007) Suomen Kuntaliitto ja terveyssosiaalityöntekijät ry. [http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyöntekijoiden-nimikkeistot/Documents/Terveysosiaali%C3%B6n%20nimikkeist%C3%B6\\_2007.pdf](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyöntekijoiden-nimikkeistot/Documents/Terveysosiaali%C3%B6n%20nimikkeist%C3%B6_2007.pdf) . Haettu 3.12.2016.

Valinnanvapaus (26.5.2016) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus> . Haettu 3.12.2016.

Virnes, Eevaliisa (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2016. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/hallinto/sotehallinto2016/Sivut/default.aspx> . Haettu 26.10.2016.

Lait ja asetukset:

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta. HE 224/2016.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007.



Laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta 1230/2001.  
Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.  
Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005.  
Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta 1517/2016.  
Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1516/2016.  
Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.  
Terveydenhuoltolaki 1326/2010.  
Valinnanvapauslakiluonnos. Laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali-ja terveydenhuollossa.  
Keskeneräinen luonnos 21.12.2016

## LIITE 1. TUTKIELMAN AINEISTOT

### Rakenteelliset aineistot:

Luonnos hallituksen esitykseksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta (19.5.2016)

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta (HE 224/2016 vp)

### Toimijoiden puheenvuorot eli lausuntoaineisto:

Koskien esitysluonnosta, annettu aikavälillä 19.5.2016–10.9.2016

Kristiina Hänninen / Oulaskankaan sairaala  
Salon kaupunki / Sosiaali- ja terveyslautakunta  
Lempäälän kunta  
Perusturvakuntayhtymä Karviainen  
Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä  
Humppilan kunta  
Oulunkaaren kuntayhtymä  
Uudenkaupungin kaupunki  
Satu Koskela / Etelä-Suomen aluehallintovirasto  
Terveys- ja sosiaalialuehallintoyksiköt ry  
Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä  
Loppi  
Hämeenlinnan kaupunki  
Asikkalan kunta  
Hollolan kunta  
Lahden kaupunki  
Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä  
Oulun kaupunki  
Riihimäen kaupunki  
Ypäjän kunta  
Itä-Suomen aluehallintovirasto  
Hausjärven kunta  
Padasjoen kunta  
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä  
Hattulan kunta  
Jokioisten kunta  
Pielaveden kunta  
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto  
Janakkalan kunta  
Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto  
Jyväskylän kaupunki  
Terveystieteiden tutkimuskeskus

Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry  
Tampereen kaupunki  
Vantaan kaupunki / Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala  
Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet  
Tammelan kunta  
Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä/ Sosiaalityö  
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä

Koskien HE 224/2016, annettu aikavälillä 11.11.2016–9.12.2016:

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri  
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri  
Sosiaali- ja terveysministeriö / hallitusneuvos Anne Koskela 8.12.2016  
Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry / puheenjohtaja Miia Ståhle  
Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca / puheenjohtaja Pirjo Marjamäki  
Suomen Kuntaliitto / johtava lakimies Sami Uotinen  
Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry /  
erityisasiantuntija Laura Lindeberg

## LIITE 2. RAKENTEELLISTEN AINEISTOJEN KATEGORIATAULUKKO

Raakakoodi esitysluonnos	Raakakoodi HE 224/2016	Alakatego- ria	Yläkatego- ria
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muutokset nykyisiin rakenteisiin ja lainsäädäntöön, tullaan sovittamaan yhteen sote- ja alueuudistuksen kanssa</li> <li>- Sosiaalipalvelujen keskittäminen</li> <li>- Tarkempaa sääntelyä asetuksella</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muutokset nykyisiin rakenteisiin ja lainsäädäntöön, tullaan sovittamaan yhteen sote- ja alueuudistuksen kanssa</li> <li>- Sosiaalipalveluja kokoaminen muiden palveluiden yhteyteen Yhteen kokoamisella pykälässä tarkoitetaan sekä fyysistä että hallinnollista palvelujen yhteen liittämistä.</li> <li>- Tarkempaa sääntelyä asetuksella</li> <li>- Lakiin asetuksenantovaltuus, mutta ennen asetuksen antamista on tarkoituksenmukaista seurata palvelujen muotoutumista kentällä</li> </ul>	Rakenteen säännöt ja valtioneohjaus	Ulkoiset tekijät
- Uudistus toteutetaan ottaen huomioon ja sovittaen terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö ja -ohjaus paremmin sekä päivitykselliseen työskentelyyn että kunnan sosiaalitoimessa toteutettavaan työhön.	- Lähtökohta ottaa huomioon koko sosiaalityön kokonaisuus ja varmistaa, että järjestelmän sisällä ei tehdä päällekkäistä työtä	Palvelurakenteen säännöt	Ulkoiset tekijät
	Käsitteellinen eronteko → lähtökohtana ottaa huomioon sosiaalityön kokonaisuus → ei ole tarkoituksenmukaista kehittää sosiaalipäivitystä ja terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä erikseen	Ideologiset resurssit	Ulkoiset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakastietojärjestelmiin pääsyn varmistaminen ja muut tietojärjestelmäratkaisut</li> <li>- Kaikissa päivitystyötä toteuttavissa yksiköissä tulisi olla riittävät voimavarat ja osaaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakastietojärjestelmiin pääsyn varmistaminen ja muut tietojärjestelmäratkaisut</li> <li>- Kaikissa päivitystyötä toteuttavissa yksiköissä tulisi olla riittävät voimavarat ja osaaminen</li> </ul>	Konkreettiset resurssit	Ulkoiset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edellyttää joko terveysosiaalityöntekijöiden työnkuvien muokkaamista ja/tai uuden henkilöstön rekrytointia.</li> <li>- Hoitotyöhön osallistumista lukuun ottamatta terveysosiaalityö ja -ohjaus voidaan toteuttaa osana kunnan sosiaalityötä. → sairaaloiden sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat voivat muun työnsä ohella tehdä sosiaalihuollon lainsäädännön mukaisia päätöksiä ja palvelutarpeen arviointia.</li> <li>- Vaihtoehtoisesti sairaanhoitopiirien sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat toimivat kunnan sosiaalitoimen kanssa yhteistyössä nykyistä tiiviimmin → terveydenhuollon sosiaalialan ammattihenkilöt toimivat sairaanhoitopiirien alaisuudessa → ei päivitystyön edellyttämää päätöksentekioikeutta eikä mahdollisuutta vastata itsenäisesti koko palvelutarpeen arvioinnin tekemisestä.</li> <li>- Terveysosiaalityöntekijöiden tehtäväkuvaa päivitystyksessä olisi mahdollista kehittää enemmän asiakkaiden ja heidän omaistensa tueksi.</li> <li>- Terveysosiaalityöntekijät vastaamaan osittain sosiaalipäivityksellisestä työstä</li> <li>- Terveysosiaalityöntekijöille annettava päätöksentekioikeus</li> <li>- Mahdollisuus tehdä palvelutarpeen arviointia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edellyttää joko terveysosiaalityöntekijöiden työnkuvien muokkaamista ja/tai uuden henkilöstön rekrytointia.</li> <li>- Uudistuksessa huomioitava terveysosiaalityö sekä -ohjaus ja sovitettava ne sekä päivitykselliseen työskentelyyn että kunnan sosiaalitoimessa toteutettavaan työhön.</li> <li>- Terveysosiaalityöntekijöiden tehtäväkuvaa päivitystyksessä olisi mahdollista kehittää entistä enemmän asiakkaiden ja heidän omaistensa tueksi.</li> <li>- Terveysosiaalityöntekijöiden siirtyminen vastaamaan osittain sosiaalipäivityksellisestä työstä</li> </ul>	Terveysosiaalityön tehtävät	Sisäiset rakenteet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveysosiaalityön uudistaminen ja kytkeminen vahvistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota.</li> <li>- Terveysosiaalityö mahdollista toteuttaa sekä sairaanhoitopiirien omana toimintana että ostamalla toiminta kunnan sosiaalitoimelta.</li> <li>- Terveysosiaalityöntekijöiden hallinnollisen vastuun siirtäminen kuntiin. Työntekijöiden sijoituspaikkaa ei tarvitsisi vaihtaa.</li> <li>- Päätöksentekioikeus vahvistaa sosiaalialan ammattilaisen henkilöstön roolia suhteessa terveydenhuollon työhön</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveysosiaalityön uudistaminen ja kytkeminen vahvistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota.</li> <li>- Sosiaalipäivityksen resurssitarpeeseen vaikuttaa se, miten sairaalassa hoitotyössä jo olevan sosiaalihuollon ammattihenkilöiden työpanosta ja osaamista voidaan käyttää uudistuksessa hyödyksi.</li> <li>- Pääosin kyse olemassa olevien resurssien uudelleen organisoimisesta ja vain pieneltä osin uusia resursseja edellyttävästä uudistuksesta.</li> </ul>	Terveysosiaalityön asema	Sisäiset rakenteet

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoitteena vahvistaa monialaista yhteistyötä ja turvata sosiaalihuollon toimintaedellytyksiä sen vastuulle ja osaamiseen kuuluvissa asioissa</li> <li>- Sekä kiireettömän että kiireellisen hoidon yhteydessä tulisi arvioida mahdollinen sosiaalihuollon tarve.</li> <li>- <i>Vaikka sosiaalihuollon tarpeiden arviointi määritellään sosiaalihuoltolaissa, sen ei ole tarkoitus ohjata tekemään tarvearviointia vain sosiaalihuollon toimesta.</i></li> <li>- Saumattomasti toimivalla yhteistyöllä ja asiakkaiden hoidon ja palvelutarpeen yhdenaikaisella kartoittamisella suoria kustannusvaikutuksia</li> <li>- Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä päivittäisessä työssä.</li> <li>- Ehkäistä sellaisen avuntarpeen kasautumista päivystystyöhön, joka mahdollista toteuttaa virka-aikaan.</li> <li>- <i>Toiminta järjestettävä siten, että terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja arvioi kiireellisen avun tarpeen ja potilas saa tarvittaessa myös kiireelliset ja välttämättömät sosiaalipalvelut.</i></li> <li>- <i>Edellyttää, että terveydenhuollon päivystysyksiköissä sosiaalipäivystys läsnä ainakin virka-aikana.</i></li> <li>- Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kokemukset yhteistyöstä sosiaalipäivystysten kanssa hajanaisia</li> <li>- Yhteisistä palvelupisteet, joista mahdollista saada akuuttilanteessa apu moniammatilliselta tiimiltä</li> <li>- Lähtökohtana että sosiaalipäivystyksen yhteistyö muiden toim. kanssa ei vaarannu.</li> <li>- Yhdessä tehty työ poistaisi yhteistyön esteitä. Asiakkaalle kokonaisvaltainen palvelu yhdestä paikasta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoitteena vahvistaa monialaista yhteistyötä ja turvata sosiaalihuollon toimintaedellytyksiä sen vastuulle ja osaamiseen kuuluvissa asioissa</li> <li>- Sekä kiireettömän että kiireellisen hoidon yhteydessä tulisi arvioida mahdollinen sosiaalihuollon tarve.</li> <li>- <i>(Terveydenhuoltolain 50§ tarkennettu ja lisätty 50 a§ lopullisessa lakiesityksessä: kunnallinen sosiaalitoimi arvioi sosiaalihuollon tarpeen)</i></li> <li>- Saumattomasti toimivalla yhteistyöllä ja asiakkaiden hoidon ja palvelutarpeen yhdenaikaisella kartoittamisella suoria kustannusvaikutuksia</li> <li>- Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä päivittäisessä työssä.</li> <li>- Ehkäistä sellaisen avuntarpeen kasautumista päivystystyöhön, joka mahdollista toteuttaa virka-aikaan.</li> <li>- <i>Muutos korostaisi terveydenhuollon ammattihenkilön jo nykyisin voimassa olevaa velvollisuutta ohjata henkilö sosiaalihuollon palveluihin, jos hänen palvelutarpeensa on ilmeinen.</i></li> <li>- <i>Terveyssosiaalityön ja kunnallisen sosiaalityön yhteistyötä tulee lisätä ja tiivistää.</i></li> <li>- Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kokemukset yhteistyöstä sosiaalipäivystysten kanssa hajanaisia</li> <li>- Yhteiset palvelupisteet, joista mahdollista saada akuuttilanteessa apu moniammatilliselta tiimiltä</li> <li>- Lähtökohtana että sosiaalipäivystyksen yhteistyö muiden toimijoiden kanssa ei vaarannu.</li> <li>- Yhdessä tehty työ poistaisi yhteistyön esteitä. Asiakkaalle kokonaisvaltainen palvelu yhdestä paikasta.</li> </ul>	Moniammatillinen yhteistyö	Aktiivinen toimijuus
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee arvion mahdollisesta sosiaalipalvelujen tarpeesta oman osaamisensa pohjalta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee arvion mahdollisesta sosiaalipalvelujen tarpeesta oman osaamisen pohjalta</li> <li>- <i>Sekä sosiaalipäivystystyö että terveyssosiaalityö edellyttävät erityisosaamista ja erityistä asiantuntemusta, eivätkä voi korvata toisiaan, mutta sopivat hyvin täydentämään toisiaan.</i></li> <li>- <i>Työssä jonkin verran tunnustettua päällekkäisyyttä, erityisesti palvelutarpeen arvioinnissa</i></li> </ul>	Osaaminen	Aktiivinen toimijuus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>On keskeisen tärkeää, että lainsäädännössä otetaan huomioon lähitulevaisuudessa toteutuvat rakenteelliset uudistukset ja niiden tuomat mahdollisuudet.</i></li> </ul>	Mahdollisuus	Lopputulokset
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoitotyössä ei osata riittävästi hyödyntää sosiaalityön voimavaroja. Sosiaalityön osaamisalueita ei hoitotyössä tunneta eivätkä kaikki sosiaalityötä tarvitsevat ohjaudu sosiaalityöntekijän arvioon</li> <li>- Puutteeksi yhteistyössä nähtiin se, ettei yhteistä asiakaslähtöistä prosessia toteuteta</li> <li>- Asiakkaiden palvelutarvetta ei aina terveydenhuollossa osata tunnistaa eikä asiakasohjaus toimi toivotulla tavalla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoitotyössä ei osata riittävästi hyödyntää sosiaalityön voimavaroja. Sosiaalityön osaamisalueita ei hoitotyössä tunneta riittävän hyvin eivätkä kaikki sosiaalityötä tarvitsevat ohjaudu sosiaalityöntekijän arvioon</li> <li>- Puutteeksi yhteistyössä nähtiin se, ettei yhteistä asiakaslähtöistä prosessia toteuteta</li> <li>- Asiakkaiden palvelutarvetta ei aina terveydenhuollossa osata tunnistaa eikä asiakasohjaus toimi toivotulla tavalla.</li> </ul>	Uhka	Lopputulokset
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoitteena muuttaa rakenteita sote-uudistuksessa tavoiteltuun suuntaan</li> <li>- Osaan koulutustarpeista voidaan vastata tavanomaisella täydennyskoulutuksella, mutta kriisityön osaamiseen voidaan tarvita lisäkoulutusta päivystystyöhön osallistuville</li> <li>- Vaatii terveyssosiaalityön ammattiryhmän perehdyttämistä sosiaalipäivystystyöhön ja vahvaa perehdyttämistä muun muassa lastensuojelutyöhön.</li> <li>- Edellyttää, että terveydenhuollon henkilöstöä perehdytetään siihen, millaisiin tarpeisiin sosiaalipalveluissa vastataan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoitteena on muuttaa rakenteita sote-uudistuksessa tavoiteltuun suuntaan</li> <li>- Osaan koulutustarpeista voidaan vastata tavanomaisella täydennyskoulutuksella, mutta kriisityön osaamiseen voidaan tarvita lisäkoulutusta päivystystyöhön osallistuville</li> <li>- Vaatii terveyssosiaalityön ammattiryhmän perehdyttämistä sosiaalipäivystystyöhön ja vahvaa perehdyttämistä muun muassa lastensuojelutyöhön</li> <li>- Edellyttää, että terveydenhuollon henkilöstöä perehdytetään siihen, millaisiin tarpeisiin sosiaalipalveluissa vastataan.</li> </ul>	Rakenteet	Lopputulokset

## LIITE 3. TOIMIJOIDEN PUHEENVUOROJEN KATEGORIATAULUKKO

Raakakoodi taulukkoaineisto (N)	Raakakoodi asiantuntijalausunnnot (N)	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sote-uudistuksen keskeneräisyys (15)</li> <li>- Asiakasturvallisuuden ja osaamisen näkökulmasta vaativien palvelujen keskittäminen perusteltua (20)</li> <li>- Asetuksella säätämistä vastustetaan: järjestämisvastuussa olevalla taholla tulee olla harkintavaltaa (12)</li> <li>- Sosiaalipalvelujen järjestämistavasta ja keskittämisestä tulee voida säätää asetuksella (5)</li> <li>- Keskittämisen sijasta erikoistuneita sosiaalityöntekijöitä, joita voi valtakunnallisesti konsultoida (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sote-uudistuksen keskeneräisyys (2)</li> <li>- Keskittäminen perusteltua vaatien tehtävien kohdalla (3)</li> <li>- Asetuksella säätämistä vastustetaan: järjestämisvastuussa olevalla taholla tulee olla harkintavaltaa (2)</li> <li>- Keskittämisen säätely ennen aikaista sote-uudistuksen ollessa kesken (1)</li> <li>- Palvelurakenteen porrastus, eli integroidut vaativan tason palvelut osaksi maakunnan palvelulaitosta (1)</li> </ul>	Rakenteen säännöt ja valtionohjaus	Ulkoiset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Päällekkäisen työn purkaminen (5)</li> <li>- Toimijoiden tehtäväjaon ja palvelurakenteen selkeyttäminen (8)</li> <li>- Työnantajaorganisaatioiden hallinnollisten esteiden purkaminen (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Päällekkäisen työn purkaminen (2)</li> <li>- Yhteispäivystyksen sosiaalityön alueellisen mallin rakentaminen ja kehittäminen (1)</li> <li>- Työnantajaorganisaatioiden hallinnollisten esteiden purkaminen (1)</li> </ul>	Palvelurakenteen säännöt	Ulkoiset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Käsitteiden ja eri palvelujen selkeä määrittely (4)</li> <li>- Sosiaalipalveluiden käsitteellisen alisteisuuden vastustaminen (6)</li> <li>- Vs. Sosiaalipalveluiden integroiminen terveystalouteen eli sanallistettu alisteisuus (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Käsitteiden ja eri palvelujen selkeä määrittely (1)</li> <li>- Sosiaalipalveluja esitetään ikään kuin terveydenhuollon täydentäviksi palveluiksi (1)</li> <li>- Sosiaalipalveluiden integroiminen terveystalouteen; sanallistettu alisteisuus (1)</li> </ul>	Ideologiset resurssit	Ulkoiset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiedonsaanti-oikeudet, yhteensopivat tietojärjestelmät ja luku-oikeudet (3)</li> <li>- Terveystalouden aseman ja tehtävien vahvistaminen terveydenhuoltolakiin (2)</li> <li>- Koko sosiaalihuollon voimavarojen riittävyyden varmistaminen (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveystalouden aseman vahvistaminen lakiin (1)</li> <li>- Koko sosiaalihuollon voimavarojen riittävyyden varmistaminen (1)</li> </ul>	Konkreettiset resurssit	Ulkoiset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riittävät valtuudet sosiaalihuollon tarpeen arviointiin ja päätöksentekoon (21)</li> <li>- Terveystalouden resurssin tarkoituksenmukainen kohdentaminen (15)</li> <li>- Päivystykselliset tehtävät osaksi terveystaloutta (16)</li> <li>- Terveystalouden laajentaminen virka-ajan ulkopuolelle ja läsnäolo terveydenhuollon päivystyksessä (8)</li> <li>- Terveystaloutta osaksi sosiaalipäivystystä (4)</li> <li>- Terveystaloutta osaksi kunnallista sosiaalityötä (1)</li> <li>- Muun työn ohella arviointi ja päätöksenteko (3)</li> <li>- Sosiaalihuollon alojen tehtäviin ei muutoksia (6)</li> <li>- Sairaalassa olo vain pieni osa potilaan arkea, terveystaloutta ei mahdollista oma-työntekijyyttä (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveystaloutta osaksi sosiaalipäivystystä (1)</li> <li>- Terveystaloutta osaksi kunnallista sosiaalityötä (3)</li> <li>- Terveystaloutta osaksi kunnallista sosiaalityötä (1)</li> <li>- Valtuudet tarkoituksenmukaiseen päätöksentekoon (3)</li> <li>- Terveystalouden hyödyntäminen päivystyksellisissä tehtävissä vaatii nykyisen työnkuvan muokkauksista (1) Vs. kysymys ei ole terveystalouden resurssin huomioimisesta yhteispäivystyksen sosiaalityötä rakennettaessa (1)</li> <li>- Sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen laaja uudelleenorganisointi (1)</li> <li>- Terveystaloutta osaksi sosiaalipäivystyksen muuhun kuin akuuttiin sosiaalipäivystykseen liittyvät tehtävät huomioida (1)</li> </ul>	Terveystalouden tehtävät	Sisäiset rakenteet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveystalouden vahvistaminen perusterveydenhuollossa (6)</li> <li>- Järjestettävä kokeiluja päätöksenteko-oikeuden parhaan muodon löytämiseksi (1)</li> <li>- Terveystaloutta osa terveydenhuollon kokonaisuutena (2)</li> <li>- Terveystalouden mahdollisuus osallistua terveydenhuollon organisaation kehittämiseen (2)</li> <li>- Terveystalouden hallinnollinen siirto kuntiin huono ajatus (5) → haasteita palvelujen budjetoinnissa (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveystalouden vahvistaminen perusterveydenhuollossa (1)</li> <li>- Terveystalouden aseman vahvistaminen kaikissa terveydenhuollon yksiköissä (1)</li> <li>- Terveystaloutta arvokas osa integroituvaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa, asemaa tarkasteltava osana laajempaa rakenneuudistusta (1)</li> <li>- Terveystaloutta osa terveydenhuollon kokonaisuutena (1)</li> </ul>	Terveystalouden asema	Sisäiset rakenteet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaihtoehtona terveystalouden viranomaisroolille tiiviimpi yhteistyö muiden toimijoiden kanssa (7)</li> <li>- Yhteistyö helpompaa kun terveystaloutta osa terveydenhuollon kokonaisuutena (1)</li> <li>- Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön painottuminen ei-kiireelliseen palveluun (4)</li> <li>- Voimassa olevan sosiaalihuoltolain mukaisen ilmoitusvelvollisuuden huomioiminen (19)</li> <li>- Moniammatilliset palvelupisteet (5)</li> <li>- Moniammatillisten työikäntöiden vahvistaminen (14)</li> <li>- Tiedonvaihto toimijoiden välillä (2)</li> <li>- Sähköiset konsultaatiot (2)</li> <li>- Sosiaalipäivystyksen yhteistyökäytännöt muiden toimijoiden kanssa turvattava (27)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saumaton yhteistyö yleisten sosiaalipalvelujen ja sosiaalipäivystyksen välillä (1)</li> <li>- Selkeä yhteistyö viranomaisten kesken ja yhteistyön kehittäminen (1)</li> </ul>	Moniammatillinen yhteistyö	Aktiivinen toimijuus

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveyssozialityön ja sosiaalipäivystyksen erilaisuus ja toisiaan täydentävä luonne (5) Eronteot tehtävien määrittelyjen kautta</li> <li>- Terveyssozialityön osaaminen ja ammattitaito (8)</li> <li>- Terveystenhuollon henkilöstön suorittama sosiaalihuollon tarpeen arviointi kiireellisen ja kiireettömän hoidon yhteydessä hyvä asia (5)</li> <li>- Terveystenhuollon henkilöstön sosiaalihuollon tarpeen arvioinnin vastustaminen (8) ja terveyssozialityöhön vetoaminen (4) sekä kunnan sosialityöhön vetoaminen (2) sosiaalihuollon tarpeen arvioinnin tekemisessä</li> <li>- Sairaalan sosialityön osaamisen laajentaminen esim. lastensuojelu (2)</li> <li>- Sosionomien ja geronomien osaamisen hyödyntäminen myös terveydenhuollossa (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveyssozialityön ja sosiaalipäivystyksen erilaisuus ja toisiaan täydentävä luonne (3)</li> <li>- Terveyssozialityön erityisosaaminen ja asiantuntemus (5)</li> <li>- Terveystenhuollon henkilöstön sosiaalihuollon tarpeen arvioinnin vastustaminen (2) ja terveyssozialityöhön vetoaminen (1)</li> <li>- Terveystenhuollon henkilöstön ilmoitusvelvollisuus, jotta sosiaalihuollon ammattihenkilö arvioi sosiaalihuollon tarpeen (1)</li> <li>- Terveystenhuollossa tarvittava päivityksellisen sosialityön ja sosiaalisen tilanteen arvioinnin osaaminen taattava. Sosialipäivystys ei riitä kattamaan tarvetta (1)</li> <li>- Sosionomien ja geronomien osaamisen hyödyntäminen myös terveydenhuollossa (1)</li> </ul>	Osaaminen	Aktiivinen toimijuus
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveyssozialityön konsultaatiroolin vahvistuminen (1)</li> <li>- Terveyssozialityön säilymisen tarve johtaa uuden henkilöstön rekrytointiin (1)</li> <li>- Terveyssozialityöntekijöiden päätöksentekoon yhteinen budjetti (1)</li> <li>- Terveyssozialityön keskitetty kehittämisvastuu (1)</li> <li>- Keskitetty koordinaatio ja ohjaus mahdollistavat laadukkaammat sosialipalvelut (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveystenhuollossa olevaa sosiaalihuollon osaamista tulee vahvistaa (1)</li> <li>- Terveyssozialityön keskitetty kehittämisvastuu (1)</li> <li>- Keskitetty koordinaatio ja ohjaus mahdollistavat laadukkaammat sosialipalvelut (1)</li> </ul>	Mahdollisuus	Lopputulokset
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sote-uudistuksen keskeneräisyys (15)</li> <li>- Terveyssozialityön hallinnointi terveydenhuollon ulkopuolelta haasteellista (1)</li> <li>- Terveyssozialityön roolin kaventuminen (3)</li> <li>- Sosialipäivystyksen roolin kaventuminen (4)</li> <li>- Terveystenhuollon henkilöstön ammattitaito ja osaaminen arvioida sosiaalihuollon tarve (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sote-uudistuksen keskeneräisyys (2)</li> <li>- Terveyssozialityön hallinnointi terveydenhuollon ulkopuolelta haasteellista (1)</li> <li>- Terveyssozialityön ohentuminen ja roolin kaventuminen (2)</li> <li>- Sosialipäivystyksen osaamisen ohentuminen (1)</li> <li>- Terveystenhuollon henkilöstön ammattitaito ja osaaminen arvioida sosiaalihuollon tarve (1)</li> </ul>	Uhka	Lopputulokset
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveyssozialityöntekijöiden täydennyskoulutus ja osaamisen varmistaminen jos tehtäväkuvaan muutosta (5)</li> <li>- Terveystenhuollon henkilöstön perehdyttäminen siihen, millaisiin tarpeisiin sosiaalihuollolla vastataan (5)</li> <li>- Sosialihuollon ketterämmät ja nopeammat palvelut (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Täydennyskoulutus, mikäli uusia toimintamalleja (2)</li> <li>- Tarvitaan monipuolista arviointia, kokeiluja, tehtäväkuvien uudistamista ja hallinnollisia päätöksiä (1)</li> <li>- Lisäresursointi tarpeellista (1)</li> <li>- Sosialihuollon ketterämmät ja nopeammat palvelut (1)</li> </ul>	Rakenteet	Lopputulokset

## LIITE 4. SWOT-ANALYYSI: TERVEYSSOSIAALITYÖN RAKENTEISTUMINEN

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<p>Terveysosiaalityö tunnustetaan uudistuksen valmistelussa</p> <p>Terveysosiaalityön rooli ja erityisosaaminen on sanallistettu</p> <p>Terveysosiaalityö nähdään osana sote-integraatiota</p> <p>Terveysosiaalityön ja sosiaalipäivystyksen osiaalityön erilainen osaaminen ja asiantuntijuus on tunnustettu, eikä esityksessä ehdoteta terveystosiaalityöntekijöiden välitöntä siirtämistä muihin sosiaalihuollon tehtäviin</p> <p>Terveystosiaalityö nähdään sekä osana sosiaalihuoltoa että terveydenhuollon organisaatiota, ei terveydenhuollon lisäosana</p>	<p>Terveystosiaalityölle ei rakenneta raameja</p> <p>Terveystosiaalityön tulevaa organisatorista paikkaa ei määritellä</p> <p>Terveystosiaalityötä määritellään myös sosiaalipäivystystyötä ja kunnallista osiaalityötä tukevana osiaalityönä, jolloin sen erityisosaaminen ja perustehtävä ohitetaan</p> <p>Sairaalassa tehtävän palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ensisijaisena moniammatillisen yhteistyön tahona näyttäytyy terveydenhuollon ammattilainen</p> <p>Terveystosiaalityötä määritellään erikoissairaanhoidossa tehtävänä osiaalityönä, jolloin perusterveydenhuollossa tehtävän osiaalityön vahvistaminen unohtuu</p>
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<p>Terveystosiaalityölle esitetään valtuuksia palvelutarpeen arvioon ja päätöksentekoon, mikä vähentäisi päällekkäistä työtä ja mahdollistaisi terveystosiaalityöntekijän sosiaalihuollollisen osaamisen laajemman hyödyntämisen</p> <p>→ Terveystosiaalityön asema vahvistuisi sekä suhteessa kunnalliseen osiaalityöhön että terveydenhuoltoon, kohdentuisi tarkoituksenmukaisesti ja vaikuttavuus lisääntyisi</p> <p>Asemaltaan vahvistetun terveystosiaalityön kautta potilaille muodostuisi sujuva ja luonteva silta sairaalan ulkopuolisiin sosiaalipalveluihin</p> <p>Yhtenevät toimintamallit parantaisivat palvelujen laatua ja vähentäisivät alueellista vaihtelua palvelujen saatavuudessa</p> <p>Moniammatillisen yhteistyön syventäminen ja raja-aitojen madaltaminen mahdollistaisi uusien toimintakäytäntöjen luomisen kautta</p> <p>Tietojärjestelmien yhteensopivuus ja tiedonsaantioikeudet</p>	<p>Terveystosiaalityötä koskevia lopullisia linjauksia ei tehdä, uhkana että terveystosiaalityö unohtuu uudistuksen edetessä</p> <p>Terveystosiaalityön siirtäminen osaksi sosiaalipäivystystä, jolloin terveystosiaalityön erityisosaaminen ja potilaiden sosiaalihuollollinen kohtaaminen heikkenisivät</p> <p>Terveystosiaalityön irrottaminen sairaalan organisaatiosta, jolloin erityinen yhteys terveydenhuoltoon katkeaisi</p> <p>Ylikunnallisen terveystosiaalityön epätarkoituksenmukainen aluejako maakunta-uudistuksen yhteydessä</p> <p>Tehtävien mahdollisesti muuttuessa uhkana puutteellinen lisä- ja täydennyskoulutus</p> <p>Tietojärjestelmien yhteensopivuus ja tiedonsaantioikeudet</p> <p>Mikäli terveystosiaalityön osastokohtaista työaikaa jyvitetäisiin päivystyksellisiin tehtäviin, heikkenisi potilaiden oikeus ja aika sosiaalihuollon ammattilaisen kohtamiseen kiireettömän hoidon yhteydessä</p>